

# **”Voimanpesä”**

## **En resursförstärkande metod för långtidsarbetslösa och närståendevårdare**

Mona Elander

Stefanie Hundeshagen

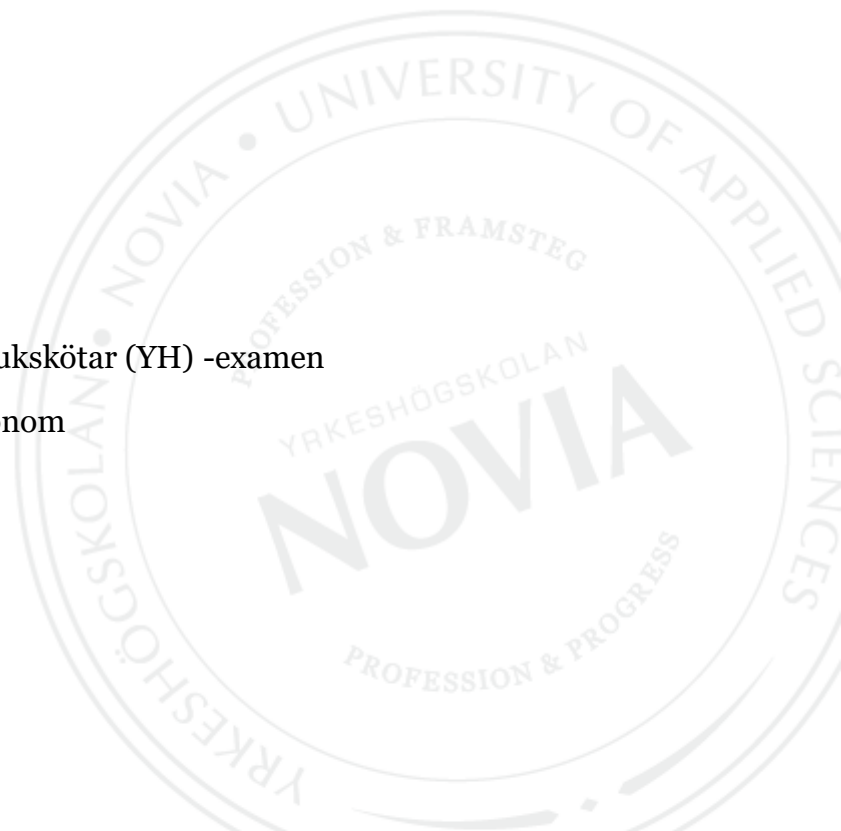
Carina Järf-Ringbom

Linda Öfverström

Examensarbete för socionom och sjukskötare (YH) -examen

Utbildning till sjukskötare och socionom

Åbo 2017



## EXAMENSARBETE

Författare: Mona Elander, Stefanie Hundeshagen, Carina Järf-Ringbom & Linda Öfverström

Utbildning och ort: Utbildning till socionom YH och sjukskötare YH, Åbo

Inriktningsalternativ/Fördjupning:

Handledare: Heli Vaartio-Rajalin & Christine Welanders

Titel: "Voimanpesä": en resursförstärkande metod

---

Datum 8.5.2017      Sidantal 56      Bilagor 8

---

### Abstrakt

Syftet är att genom resursförstärkande metoder och empowerment stödja långtidsarbetslösa och närståendevårdare så att rädslor, risker och hot kan förebyggas eller undvikas. Vi vill fokusera på det goda och positiva i individernas liv som kan lyftas fram och förstärkas. Vi har utgått från aktuell forskning och individernas egna upplevelser, vilka vi fått ta del av i form av träffar med målgrupperna.

För att samla in information har vi använt oss av en litteraturöversikt, fokusgruppintervju samt deltagit i ett Learning Café. Vi har gjort en kvalitativ innehållsanalys för att kunna analysera data. På basis av teori- och dataanalys har vi jämfört resultat. Resultatet delades in i fyra huvudkategorier och under varje huvudkategori finns sex underkategorier. I resultatet framkom det att målgrupperna har olika livssituationer och livsvillkor men konfronteras med liknande rädslor, risker och hot. Företrädaren handleder, stöder, informerar och uppmuntrar för att hitta de rätta resurserna för att stöda individen. En av underkategorierna som träder fram såväl i teori- och dataanalys är att behov och resurser inte möts på ett tillfredsställande sätt, detta leder till att individen inte får den hjälp som hans specifika livssituation skulle kräva. Genom att individen bereds möjlighet att kartlägga och uppmärksamma det goda och positiva i livet, såsom t.ex. nätverk och styrkor kan hen hitta ett mål att sträva vidare mot och tillsammans med företrädaren fundera på vilka stegen för att nå målet kunde vara.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: Empowerment, resursförstärkande, rädsla, risk, hot, företrädare

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Mona Elander, Stefanie Hundeshagen, Carina Järf-Ringbom & Linda Öfverström

Koulutus ja paikkakunta: Sosionomi AMK ja Sairaanhoidaja AMK, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot:

Ohjaajat: Heli Vaartio-Rajalin & Christine Welanders

Nimike: Voimanpesä – metodi resurssien vahvistamiseen

---

Päivämäärä 8.5.2017 Sivumäärä 56

Liitteet 8

---

### Tiivistelmä

Tavoitteenamme on tukea pitkäaikaistyöttömiä ja omaishoitajia resurssien vahvistamisen ja voimaannuttamisen avulla, niin että pelot, riskit ja uhat voidaan ehkäistä tai välttää. Haluamme keskittyä yksilöiden elämän positiivisiin puoliin, nostaa niitä esiin ja vahvistaa niitä. Lähtökohtana ovat ajankohtainen tutkimus sekä yksilöiden omat näkemykset, joita he ovat jakaneet kanssamme kohderyhmätapaamisissa. Aineiston kokoamisessa olemme käyttäneet kirjallisuuskatsausta, kohderyhmähaastattelua sekä Learning Cafe-menetelmää. Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty laadullista sisällönanalyysia.

Vertasimme teoreettisen ja empiirisen aineiston tuloksia. Tulokset jaettiin neljään pääkategoriaan ja jokaisessa pääkategoriassa on kuusi alakategoriaa. Tuloksista on nähtävissä, että kohderyhmien elämäntilanteet ja elinehdot eroavat toisistaan, mutta että he kokevat samantyyppisiä pelkoja, riskejä ja uhkia. Edunvalvojan tehtävänä on ohjata, tukea, informoida ja kannustaa löytämään juuri yksilöä parhaiten tukevat voimavarat. Sekä teoriasta että käytännöstä nousee esiin se, että tarpeet ja resurssit eivät kohtaa tyydyttävällä tavalla. Se puolestaan johtaa siihen, ettei yksilö saa tarpeeksi tilannesidonnaista ja riittävän yksilöllistä apua. Kun yksilölle tarjotaan mahdollisuus kartoittaa ja huomata elämänsä hyvät puolet, kuten esim. verkostonsa ja vahvuutensa, hän voi löytää tavoitteen, jota kohti pyrkiä ja pohtia yhdessä edunvalvojansa kanssa millä tavalla se voidaan saavuttaa.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Voimaantuminen, resursseja vahvistava, pelko, riski, uhka, edunvalvoja

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Mona Elander, Stefanie Hundeshagen, Carina Järf-Ringbom, Linda Öfverström

Degree Programme: Degree Programme in Social Services and Nursing

Specialization:

Supervisors: Heli Vaartio-Rajalin & Christine Welanders

Title: "Voimanpesä": a resource strengthening method

---

Date 8.5.2017    Number of pages 56

Appendices 8

---

### **Abstract**

Our aim is to support long-term unemployed and family caregivers through empowerment and resource strengthening, so that they can avoid fear, risk and threat. We want to put focus on the good and positive things in the life of the individuals in order to accentuate and strengthen them. Our starting point is in recent research and in the experiences the individuals have shared with us during our meetings.

In order to collect information, we have used literature review and, a focus group interview and we have also taken part in a Learning Café. We have made a qualitative analysis of the content in order to analyze the data.

We have compared the results of both the theory and data analysis. The result was divided into four main categories and every main category was divided into six subcategories. The result showed that in spite of the different life situations and conditions of the target groups, the individuals are exposed to similar fears, risks and threats. The advocate is guiding, supporting, informing and encouraging the individual in order to find the right support. One of the subcategories that emerges from the theory, as well as the data analysis, is that the needs and the resources do not meet in a satisfactory way, which leads to the individual being deprived of the help her or his life situation would require. When the individual is given the opportunity to observe and pay attention to the good and positive things in life, like for example existing networks and strengths, he or she can find a goal to pursue and with the support of the advocate, ponder the steps towards fulfilling the goal.

---

Language: Swedish    Key words: Empowerment, resource strengthening, fear, risk, threat, advocate

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Teoretisk bakgrund .....	3
2.1	Rädsla.....	3
2.2	Risk.....	5
2.3	Hot .....	5
2.4	Företräderskap .....	6
2.5	Långtidsarbetslöshet.....	7
2.5.1	Rädslor hos långtidsarbetslösa .....	9
2.5.2	Risker hos långtidsarbetslösa .....	10
2.5.3	Hot hos långtidsarbetslösa.....	12
2.5.4	Företräderskap hos långtidsarbetslösa .....	13
2.6	Närståendevårdare .....	14
2.6.1	Rädslor hos närståendevårdare.....	16
2.6.2	Risker hos närståendevårdare .....	17
2.6.3	Hot hos närståendevårdare .....	19
2.6.4	Företräderskap hos närståendevårdare.....	20
2.7	Sammanfattning av teoridel .....	22
3	Datainsamling .....	23
3.1	Kvalitativ undersökning.....	23
3.1.1	Innehållsanalys .....	24
3.1.2	Learning Café .....	25
3.1.3	Fokusgruppintervju .....	25
3.2	Litteraturöversikt .....	26
3.3	Empirisk data .....	28
4	Resultat.....	32
5	Produktens utgångspunkter.....	33
5.1	Empowerment .....	33
5.1.1	Empowerment i socialt arbete .....	34

5.1.2	Empowerment i vården.....	35
5.2	Sociokulturell inspiration.....	37
5.3	Resursförstärkande metoder.....	37
5.3.1	Lösningfokuserade metoder .....	37
5.3.2	Positiv psykologi .....	38
5.3.3	Motivation och välmående .....	39
5.3.4	Aktiviteter och interventioner.....	41
5.4	Produktutveckling.....	43
6	Forskningsetik .....	44
7	Kritisk granskning.....	45
8	Diskussion.....	47
	Källor .....	51
	Finlands författningssamling.....	56

## **Bilagor**

Bilaga 1	Sökrapport
Bilaga 2	Resultat långtidsarbetslösa
Bilaga 3	Resultat närståendevårdare
Bilaga 4	Produkt Voimanpesä på svenska
Bilaga 5	Produkt Voimanpesä på finska
Bilaga 6	Handledningsunderlag för det resurstärkande samtalet
Bilaga 7	Handledningsunderlag för det resurstärkande samtalet (finska)
Bilaga 8	Fiskbensmodell

## 1 Inledning

Finlands befolkning åldras och behovet av vård ökar ständigt, samtidigt som det görs nedskärningar i samhällets resurser för vård. Närståendevårdarna har länge utfört en samhälleligt viktig insats inom vården men trots det varit en relativt osynlig grupp i samhället. Närståendevårdarna får allt mer uppskattning och synlighet för det tunga och krävande arbete de utför, men ofta utan en skälig ersättning och utan tillräckligt stöd. Närståendevårdarna behöver stöd för att orka med sitt värdefulla arbete som kan vara såväl ensamt, tärande, fjättrande och ekonomiskt utmanande. (Lag om närståendevård 2.12.2005/937 § 8).

Det kan vara fråga om social, psykisk eller fysisk påfrestning som påverkar hälsa, fritid och arbetsliv. Närståendevårdaren kan isolera sig ifrån relationer och sociala nätverk, få ekonomiska svårigheter och känna daglig ångest över vårdtagarens hälsa. Alla dessa faktorer påverkar hälsan negativt. (Berglund & Johansson, 2013, s. 31-33).

De långtidsarbetslösa har ökat i antal sedan 2012, detta genom arbetsmarknadens försvårade läge och de allt hårdare kraven som måste uppfyllas för att man ska få bli pensionerad på grund av arbetslöshet (Statistikcentralen, 2017). Långtidsarbetslöshet förknippas med försämrad hälsa och ekonomi, rökning och alkoholmissbruk. Det kan också leda till isolering, stress, stigma, en känsla av meningslöshet och sämre självskattning. Detta leder till att det blir ännu svårare att ta sig in på arbetsmarknaden. För den långtidsarbetslösa individen kan strukturen på dagen bli en annan, individens självaktning kan minska och man kan lida av stressrelaterade symtom. (Cylus et al., 2015, s. 317-322).

Ett av de stora samtalsämnena i samhället är social- och hälsovårdsreformen (Sote), som också är en stor del av det strategiska regeringsprogrammet. Reformens förverkligande skall leda till att befolkningen mår bättre och klarar av olika livsskeden. Alla skall ha möjlighet att påverka, göra egna val men också det egna ansvaret poängteras. Med reformen vill man öka hälsa och välfärd för individen och minska ojämnligheter. I reformen arbetar man bland annat för en omstrukturering av den kundorienterade servicen, stödjande av individernas levnadsvanor och förbättrande av de äldres tillgång till tjänster i det egna hemmet. (Statsrådets kansli, 2016, s. 53).

Detta examensarbete ingår i projektet HOT ([HOT.pdf](#)) som handlar om individens rädslor, risker, hot och företräderskap. Samarbetspartners i detta examensarbete är Party-projektet ([tytmk.pdf](#)) inom Åbo stad samt Turun seudun Omaishoitajat ja läheiset ry ([omaishoitokeskus.fi](#)), som fokuserar på långtidsarbetslösa respektive närståendevårdare. Inom Party-projektet vill man hjälpa och stödja den egna arbets- och funktionsförmågan hos långtidsarbetslösa, inom Turun seudun Omaishoitajat ja läheiset ry anordnar man olika fritidsaktiviteter för bland annat vårdgivaren samt ger råd och vägledning gällande närståendevård.

I framtiden återfinns dessa grupper, närståendevårdare och arbetslösa, i våra yrkesliv på ett eller annat sätt. Därför är det viktigt att kunna samarbeta mångprofessionellt och hitta metoder och lösningar för olika individer i olika livssituationer. Rädslor, risker, hot och företräderskap hos långtidsarbetslösa och närståendevårdare bör uppmärksammas eftersom de kan ha negativ inverkan på målgruppernas hälsa, välmående och livskvalitet.

Målet med detta arbete är att utveckla och skapa en resursförstärkande metod för långtidsarbetslösa och närståendevårdare för att förbättra deras livssituation och vardag. Syftet med vårt examensarbete är att genom resursförstärkande metoder och empowerment stödja långtidsarbetslösa och närståendevårdare så att rädslor, risker och hot kan förebyggas eller undvikas. I stället vill vi (examenensarbetsgruppen, som består av två sjukskötarstuderande och två socionomstuderande) fokusera på det goda i individernas liv och på det positiva som kan lyftas fram och förstärkas. Individen är den bästa experten på sin livssituation. Därför utgår vi från individernas egna upplevelser, som vi fått ta del av i form av träffar med målgrupperna och aktuell forskning, för att med utgångspunkt i resursförstärkning och empowerment finna en metod för att möjliggöra en bättre vardag för långtidsarbetslösa och närståendevårdare. Examensarbetet förverkligas genom mångprofessionellt samarbete mellan vård och det sociala området.

Våra frågeställningar är: Hur kan man genom resursförstärkande metoder och empowerment stödja långtidsarbetslösa och närståendevårdare i deras vardag? Hur kan dessa individer få syn på sina resurser, på bra saker i livet, som redan finns där och sådant som kan utvecklas och leda till något nytt positivt?



## 2 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel behandlar vi rädsla, risk, hot och företräderskap genom att definiera begreppen på en allmän nivå. Därefter presenterar vi de fakta som framkommit om våra målgrupper, långtidsarbetslösa och närståendevårdare, för att sedan kunna presentera de rädslor, risker och hot som anses förekomma hos dessa individer samt varför företräderskap är aktuellt.

### 2.1 Rädsla

Rädslan har ett överlevnadsvärde och en biologisk beredskap för flykt och undvikande har utvecklats under generationer för att garantera människoartens överlevnad. Man lär sig vad som är farligt (Kåver, 2014, s. 52-53). Rädslan är en grundkänsla som skapats av evolutionen och har oftast samband med upptäckten av en verklig, yttre fara. En rädsla som har ett specifikt objekt, s.k. fobi, är en rädsla som riktas mot ett visst objekt, en plats, en händelse eller ett undvikande beteende. Ångest däremot har inget sådant verkligt objekt, åtminstone uppfattar individen att ångestkänslan är en rädsla utan verklig yttre fara. Lätt ångest eller rädsla är känslor som hör vardagen till och som sådana normala känsloupplevelser. Man kan tala om mentala störningar, ångeststörningar först då ångesten är stark, långvarig och begränsar funktionsförmågan psykiskt och socialt (Lönnqvist, 2014, s. 288).

Rädslan är naturlig och kan till och med vara en positiv känsla, som gör individen mer effektiv för en kort stund för att hen ska klara av den situation som föreligger. Individen ska överleva. De fysiologiska reaktionerna i kroppen är ytterst starka och påfrestande och ska därför inte räcka länge. Om rädslan fortgående är närvarande, man är till exempel rädd för att gå till jobbet så kan det förorsaka fysiska och psykiska symptom som försämrar livskvaliteten. En långvarig tillvaro i rädsla försämrar individens förmåga att kontrollera sina reaktioner i förhållande till rädslan, vilket kan leda till överkänslighet för det som orsakar rädslan. Då feltolkar man lätt situationer, överreagerar eller agerar ologiskt. (Sundell, 2014, s. 18).

Olika undvikande beteenden är saker som man gör eller låter bli att göra för att minska på sin ångest. Om det är möjligt strävar man efter att helt undvika situationer man är rädd för. Om det inte är möjligt kan man försöka att delvis undvika det man är rädd för. Om man lider av social ångest kanske man undviker att se den andra i ögonen då man talar med den

andra. Undvikande gör att man begränsar sitt liv och levnadsutrymme. Man är så rädd för att känna ångest att man undviker det som orsakar ångesten till varje pris. Det kan hindra individen från att leva ett fullt och meningsfullt liv. (Tompkins, 2013, s. 12-13).

Man lär sig att vara rädd. Det finns klassisk och instrumentell betingning. Genom klassisk betingning lär man sig att vara rädd för något irrationellt. Ett försök gjordes med en 11 månader gammal pojke, Albert, som varje gång han räckte ut handen efter en vit råtta utsattes för ett högt ljud. Albert blev rädd och började gråta. Efter några upprepningar av detta var Albert skräckslagen varje gång råttan visades för honom. Eftersom hans rädsla utsträcktes även till andra föremål med päls, kunde slutsatsen dras att irrationella rädslor kunde inläras genom klassisk betingning. Här betonas vikten av bestraffningar och belöningar för att förvärva och upprätthålla rädslor genom instrumentell betingning. T.ex. om en socialt obekväm flicka upprepade gånger blir avvisad när hon bjuder ut en pojke, kan det leda till att hon blir blyg och känner ångest för att umgås med pojkar. Om mönstret fortsätter kan hon utveckla en social fobi, som kan leda till undvikande beteende. (Mellinger & Jay Linn, 2003, s. 25-26).

Primär ångest är individens första respons på en ny och kanske farlig situation, sak, aktivitet eller situation. Det är ett instinktivt svar på en verklig och närvarande fara, eller på vad som verkar vara farligt i omgivningen eller inombords, en fysisk känsla eller en obehaglig eller skrämmande bild. Det är en fight-or-flight respons som motiverar att agera genast och instinktivt. När individen kommit bort från det farliga dämpas responsen. Sekundär ångest är när man har haft en skrämmande upplevelse tidigare så förbereder individen sig för samma hot eller fara som triggade den primära ångest-responsen utan att situationen nödvändigtvis är den samma. (Tompkins, 2013, s. 19-20).

Ångest är en obehaglig känsla till vilken en upplevelse av hotande fara hör, en fara som man ännu inte gestaltat (Marks, 2007, s. 23). Ångest handlar inte om här och nu utan är en fråga om framtiden. Ångesten säger oss att vi kan komma att vara utsatta för fara och förbereder oss på det värsta. Vi fokuserar vår uppmärksamhet och energi på vad som skulle kunna hända (Tompkins, 2013, s. 12).

Man kan också ha rädslor inför sociala situationer, så kallad social fobi, vilket innebär att man känner en intensiv ångest inför att hamna i situationer där man måste möta andra (Lönqvist, 2014, s. 287). Man har också fastslagit att all skräck handlar om rädslan att

förlora någonting och att individen är rädd för att en förlust ska innebära att man förlorar allt (Salecl, 2004, s. 21).

## **2.2 Risk**

Begreppet risk har genom tiderna använts inom socialskyddet. Man har strävat efter att skydda och försäkra människor mot risker. Man kan göra en riskkarta där man bedömer hur skrämmande en risk är och vad man kan göra för att kontrollera den. Ju starkare risken är desto kraftigare åtgärder är man beredd att föreslå. Då man bedömer risker finns det ett samband med en upplevelse av skyddslöshet och särskilt en strävan att kontrollera dem. Genom att ha kontroll över risker strävar man efter att minska redan förefintlig skyddslöshet och förutse framtiden så att den blir så trygg som möjligt. Socialpolitikens grunduppgift är att garantera välfärd och social trygghet samt skydda medborgarna mot risker. (Niemelä, 2000, s. 23).

Inom sjukvården finns det många risker, därför ställs det höga krav på säkerhet och medvetenhet, det utförs riskanalyser i förebyggande syfte. Anledning till risker och vårdskador inom sjukvården kan beskrivas genom systemsyn och individsyn. Systemsyn är då det finns brister i hälso- och sjukvårdssystem på grund av destruktiva händelser, individsyn innebär att den enskilda individen är orsaken till vårdskador. (Socialstyrelsen).

## **2.3 Hot**

Begreppet hot är besläktat med risk och fara. Hot förknippas ofta med framtiden och det anses vara vagt och obestämt. Inom framtidsforskningen använder man hot för att beteckna en icke-önskvärd framtid eller som ett tillstånd vars uppkomst man vill förhindra. (Niemelä, 2000, s. 23-24).

Plötsliga och oväntade yttre påfrestningar såsom en närståendes död, ekonomisk bankrutt eller att man förlorar jobbet kan utgöra ett hot mot individens fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller möjlighet att ha ett gott liv. Detta kan vara livssituationer som utlöser en psykisk krissituation, en traumatisk kris. Även yttre händelser som att få barn eller att pensioneras kan utlösa en livskris. (Cullberg, 2012, s. 19).

## 2.4 Företrädarskap

Företrädarskap, advocacy, är en roll för olika omvårdnadsprofessioner och har sin grund i juridiska kunskaper. Företrädarskap representerar individer genom att man talar för dem, tolkar och beskriver deras situation för personer med makt. Företrädarskapet kan se olika ut; man pratar om cause advocacy, då man avser det att främja social förändring för olika utsatta grupper och case advocacy, där man eftersträvar välfärdsrättigheter för familjer och individer. Företrädarskapet har genom tiderna varit en viktig del för personer med psykiska problem eller någon sorts handikapp, för att ge dessa personer stöd för att kunna förverkliga sina mänskliga rättigheter och främja självständighet på de institutioner där de befann sig. Då individer som har återhämtat sig från olika slag av svårigheter börjar arbeta tillsammans för att representera och tala för individuella behov, d.v.s. blir en sorts utlöpare från självhjälpsorganisationer, pratar man om peer advocacy. I samband med företrädarskap lyfter man fram empowerment, vars mål är att klienten har känslan av att få makt över beslut och handlingsutrymme i sitt liv genom en minskning av sociala och personliga hinder, men det handlar också om självhjälp och delaktighet i beslut som gäller en själv. (Payne, 2010, s.416-417, 422).

Man kan säga att företrädarskap har en besläktad betydelse i ordet representation, då den professionella agerar och argumenterar i sina klienters intresse. Då man började prata om företrädarskap uppfattades det som en service för klienterna. Man kan skilja mellan olika typer av företrädarskap; ett skydd för de individer som är utsatta, som ett stöd för att förbättra funktionsnivån, ett skydd för och främjande av till exempel krav och överklaganden samt främjande av identitet och kontroll. (Payne, 2010, s. 420).

In på dessa tankar går också Hanks (2013, s. 164), då han definierar företrädarskap i vården med att vårdaren agerar på andras vägnar, vilka kan vara patienter, familjer, grupper eller samhället i allmänhet. Agerandet kan vara mångdimensionellt och kan bland annat betyda att kommunicera, informera och lära patienter, men också att föra patienternas talan och bygga upp relationer. Även Trevithick (2008, s. 312-313) skriver om företrädarskapet som en viktig färdighet. Företrädarskapet beskrivs på ett enkelt sätt; att representera en annans intressen då man själv är oförmögen. Företrädandet är dock kopplat till frågor som mänskliga och medborgerliga rättigheter, kompanjonskap, empowerment, samarbete samt deltagande. Det lyfts fram att det är viktigt att den som finns i rollen som företrädare har tillräcklig träning, handledning och stöd för sitt uppdrag. För att företräda en annan person behöver man ha förtroende och en kunskapsgrund som även omfattar

lagar, styrdokument, riktlinjer samt tillvägagångssätt som har betydelse för klienten man skall företräda.

## 2.5 Långtidsarbetslöshet

En långtidsarbetslös definieras enligt Arbets- och näringsministeriet som en person som varit utan arbete i minst 12 månader. Allt sedan år 2012 har antalet långtidsarbetslösa konstant stigit. Den största orsaken till arbetslösheten anses vara den allt svårare situationen på arbetsmarknaden och svårigheten att gå i pension före 65 års ålder på grund av långtidsarbetslöshet. I Finland var 121 500 personer arbetslösa under året 2015 (Statistikcentralen, 2017). Målet för pågående regeringsperiod är att sysselsättninggraden ökar till 72 procent. I det strategiska regeringsprogrammet för åren 2015-2019 är ett av målen sysselsättning och konkurrenskraft. Det innehåller olika spetsprojekt som alla, på olika sätt, ska öka sysselsättningen i Finland. De spetsprojekt som direkt påverkar långtidsarbetslösa handlar om att man vill avskaffa bidragsfällor som gör att man inte kan ta emot arbete samt att arbetskraftsförvaltningen skall reformeras så att den stöder sysselsättningen (Statsrådets kansli, 2016, s. 11).

Olika forskningar visar att arbetslöshet har en negativ inverkan på varje individ genom att man får en ansträngd eller dålig ekonomi. Andra negativa konsekvenser som ofta kopplas till att vara arbetslös är att hälsan försämras (Cylus, et al., 2015, s. 317-322, Bönning, et al., 2017, s. 104-117). Också rökning och alkoholmissbruk kopplas till de för individen negativa konsekvenserna av arbetslöshet. Man säger att arbetslösa individer röker och dricker mera än de som har ett arbete. En möjlig orsak till att man som arbetslös röker och dricker är att det är ett sätt att orka handskas med sin situation (Bönning, et al., 2017, s. 104-117). I Finland har en undersökning gjorts kring medelålders män och kvinnor i åldern 45-64 år, som dött i alkoholrelaterade skador. Undersökningen är registerbaserad och gjordes under åren 2000-2007. Resultaten visar att flera män än kvinnor dog i alkoholrelaterade skador. Majoriteten av dessa individer hade varit på arbetsmarknaden ännu tio år innan sin död, varför man kunde dra paralleller till att dessa individer inte varit marginaliserade tidigt i livet. Andelen arbetslösa som dog i olika alkoholrelaterade orsaker uppgick till 54% jämfört med de som dog av andra orsaker (Paljärvi, et al., 2014, s. 1-9).

För den långtidsarbetslösa individen kan strukturen på dagen ändra, individens självaktning minska och man kan lida av stressrelaterade symptom. Men också social isolering, stigma och känsla av att det inte finns mening med livet är negativa

konsekvenser av långtidsarbetslöshet. Då man forskat i hur olika förmåner inverkar på en arbetslös individs hälsa, har man kommit fram till att olika förmåner har en både lindrande och skyddande inverkan på ogynnsamma hälsoeffekter av arbetslöshet, speciellt hos män. Man kunde också konstatera att för de individer som var rädda att förlora sitt arbete, minskade känslan av stress genom vetskapen om att det finns förmåner att tillgå ifall man blir arbetslös. (Cylus, et al., 2015, s. 317-322).

Forskning kring arbetslöshet visar att ju längre man är arbetslös desto större negativ effekt har det på individens hälsa. Men också här finns det individuella skillnader. Man säger att orsaken till varför man är arbetslös, individens socioekonomiska status samt att ha ett fungerande socialt nätverk är faktorer som har skyddande effekt på hälsan. Men också kön, ålder, utbildning, hushållets storlek och var man geografiskt bor har inverkan. (Norström, et al., 2014, s. 1297-1320).

Man har också undersökt hur arbetslöshet och osäkra arbetsförhållanden påverkar sammanboende partners. I de förhållanden, där endast den ena parten hade ett arbete och det förelåg en fara att mista arbetet, blev den ekonomiska oron genast mycket högre och till den kan rädsla för den sociala existensen förknippas. Man kunde konstatera att en situation som denna påverkade bägge parter mentala hälsa. (Bönnings, et al., 2017, s. 104-117).

För en arbetslös har arbetslöshets- och socialskyddet med tiden skurits ner allt mer. Av den arbetslösa krävs det idag att man själv är aktiv i den egna arbetssökningsprocessen, men det krävs också att man deltar i olika skolningar, arbetspraktik och i lönesubventionerat arbete. Samma villkor ställs för alla arbetslösa. Om man inte deltar eller visar intresse för att få ett arbete kan olika stöd dras in eller minskas för en tid. (Karjalainen & Keskitalo, 2013, s. 9). Detta tas också upp i revisionsverkets granskning av i vilken utsträckning långtidsarbetslösa individer har möjlighet att återgå till eller få arbete och förebyggandet av marginalisering av arbetslösa. Man menar att det finns långtidsarbetslösa som har haft hjälp av aktiveringspolitiken, vilket betytt tillgång till service och andra åtgärder, medan andra har fallit utanför arbetslöshetsskyddet och har endast bostads- och utkomststöd att leva på. Man säger vidare att långtidsarbetslösa utgör en heterogen grupp, där det finns varierande individuella problem. Bland de långtidsarbetslösa återfinns också individer med mångproblematik, vilket betyder att de inte kan ta emot ett arbete på grund av sjukdom, missbruk eller mentala problem. Man lyfter också fram att man i samhället borde sträva till sådana åtgärder som skulle bidra till att de långtidsarbetslösa kunde hitta arbete. Detta för att förebygga problem med både hälsan och sociala situationer, vilka ofta är just de orsaker

som gör att en långtidsarbetslös inte klarar av att ta emot ett arbete. Frågan är om det vore bättre att satsa på att öka de långtidsarbetslösas livskontroll samt förebyggande av marginalisering då individen varken kan ta emot eller finna ett arbete. (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2011, s. 92).

Detta tangerar också en finsk undersökning, enligt vilken en arbetslös förväntas vara redo att ta emot ett arbete genast då ett sådant erbjuds, oberoende av hur individen mår. Man ville med undersökningen få en förståelse för arbetsförmåga och otillfredsställda behov från hälso- och sjukvård samt rehabilitering då man skall stöda arbetssökande tillbaka till arbetslivet. Dessutom ville man undersöka om det finns behov av andra stödåtgärder för att kunna återgå till arbete. Resultatet visade att endast ungefär hälften av de arbetslösa arbetssökande i undersökningen hade en god arbetsförmåga. Över en fjärdedel var arbetsförmögna och en ganska stor andel (15%) borde vara berättigade till förtidspension. För att kunna ta emot ett arbete borde ca 20% få någon form av rehabilitering. Man kunde även konstatera att de individer som ansågs ha en god arbetsförmåga inte hade sociala problem, vilka dessvärre var vanliga bland de individer som var arbetsförmögna. Det kunde också konstateras att det är vanligt att den arbetslösas behov av hälso- och sjukvård eller rehabilitering inte möts i den grad den borde. Man säger också att läkaren har en central roll då arbetsförmågan skall utredas. För att en arbetslös skall kunna återvända till arbetslivet behövs stöd från hälso-och sjukvården, men också sociala stödåtgärder är viktiga. (Kerätär, et al., 2016, s. 323-351). En annan liknande undersökning, likaså utförd i Finland, undersökte om målinriktad hälso-och sjukvård kunde förbättra arbetslösas chans att få arbete. I den här studien har man endast koncentrerat sig på ingripande från hälso- och sjukvården och man kunde inte påvisa ett samband för återanställning. Men, som också den tidigare undersökningen visade, är det viktigt att kunna ha tillgång till en sådan hälso- och sjukvårdsservice individen är i behov av. Som arbetslös kan man ha ett komplext behov av vård och service. (Romppainen, et al., 2014, s. 1-13).

### **2.5.1 Rädslor hos långtidsarbetslösa**

Genom undersökningar har man funnit att det finns en rädsla att utveckla och insjukna i mentala problem/sjukdomar och därigenom bli självdestruktiv för att man blivit arbetslös och inte har utsikter att få arbete. Men man säger också att endast arbetslösheten i sig inte förklarar detta. Individen skall därtill också ha en sårbarhet, som kan uppstå av att man har små resurser att hantera sin situation, känner rädsla och hopplöshet, inte har kontroll och är utan socialt stöd. (Garcy & Vågerö, 2013, s.1037).

Att uppleva arbetslöshet är en stressande upplevelse, som minskar individens tillfredsställelse med livet t.o.m. efter att arbetslöshetsperioden upphört. Individens personlighet som mätts före arbetslöshetens start påverkar individens psykiska reaktioner på arbetslösheten och förmågan att klara av att vara arbetslös eller hitta ett nytt arbete. Ännu flera år efter en period av arbetslöshet kunde man iaktta en nedgång i individens tillfredsställelse med livet. (Hahn, et al., 2015, s. 642).

## **2.5.2 Risker hos långtidsarbetslösa**

Att vara arbetslös är redan i sig en hälsorisk. Det är från många håll konstaterat att då man är eller blir utan arbete försämras hälsan och risken för sociala problem ökar. (Kerätär, et al., 2016, s. 343). Då man är arbetslös har man ingen arbetsplatshälsovård att vända sig till, vilket kan ses som att individen blir utan en del av ett hälsosystem. Som arbetslös är man hänvisad till den kommunala hälsovården. Det finns en risk att man inte får en sådan service som matchar behovet. (Romppainen, et al., 2014, s. 3). Som arbetslös har man ingen inkomst och därmed har man det ekonomiskt kärvt, vilket kan leda till att man inte äter hälsosamt och inte har möjlighet eller råd att göra samma saker som de som har en inkomst, vilket i sin tur kan leda till risk för upplevd försämrad hälsa (Cylus, et al., 2015, s. 321).

De långtidsarbetslösa som har ett alkoholmissbruk har ofta också varierande sociala problem. Det finns en stor risk att dessa individer inte kan hålla eller ta emot ett arbete och därmed ökar individens risk för marginalisering. (Paljärvi, et al., 2014, s. 1-2). De arbetslösa som inte har ett fungerande socialt nätverk löper större risk än andra att få hälsoproblem. Ett starkt socialt nätverk har en välgörande effekt på hälsan och välmåendet. (Norström, et al., 2014, s. 1311).

I individualistiska samhällen, där alla är ansvariga för sig själva, beror välmåendet i stor utsträckning på ens egna individuella framgång. Att vara arbetslös är ett åtminstone momentant tecken på brist på framgång. Skillnaderna i välmående mellan arbetslösa och arbetstagare i europeiska länder hänger samman med landets grad av individualism, i synnerhet vad gäller landets norm för nivån av stöd som familjen förväntas få. I länder med svagare normativt familjestöd är skillnaderna i välmående större, vilket är överraskande med tanke på att understödet som arbetslösa får i dessa länder ofta är större. Detta tycks indikera att den arbetslösa inte behöver mera pengar, men en större känsla av trygghet, ett



stödnätverk där de kan dela erfarenheter, kanske också bryta den isolation som arbetslösheten skapat. (Mikucka, 2013, s. 673, 688-689).

I ett så tidigt skede som möjligt då en individ blir arbetslös borde olika åtgärder sättas in, eftersom möjligheterna till sysselsättning då ännu är goda. Ju längre arbetslösheten fortsätter desto större blir risken att inte komma tillbaka till den öppna arbetsmarknaden. Enligt tillväxtprognoser har de individer som idag är långtidsarbetslösa små chanser att få arbete. Man efterlyser flera lågtröskelarbetsplatser och ett mer konkret samarbete med arbetsgivare och företag för att kunna sysselsätta långtidsarbetslösa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2011, s. 10). Man kan se det som ett samhälleligt hot att långtidsarbetslösheten inte minskar, det vore därför viktigt att öka sysselsättningsgraden genom att ingripa i orsakerna (Paljärvi, et al., 2014, s. 1).

En svensk forskning gjordes mot bakgrunden att det sägs att arbetslösa använder hälso- och sjukvård i högre grad än de avlönade. Man undersökte sambandet mellan arbetsstatus och användning av hälsovård samt vilka faktorer som påverkar detta. I denna registerbaserade undersökning deltog år 2002 lika många arbetslösa som individer i arbetslivet genom frågeformulär. Det framkom att ungefär hälften av de individer som var arbetslösa hade kontakt till mentalvården samt att de arbetslösa hade haft behov av att uppsöka vård, men inte gjort det. Detta är en riskfaktor hos de arbetslösa, eftersom vårdbehovet och vården inte möts. Om man till dessa faktorer ännu lägger ekonomiska svårigheter, ett dåligt socialt nätverk och symptom på depression, så blir riskerna ännu större för den arbetslösa individen. (Åhls, et al., 2012, s. 29-38).

Förutom att arbetslösa individers behov av vård och vårdapparaten inte möts, finns det också en risk att individen inte söker sig till vård och hjälp för att det ekonomiska läget är så ansträngt, man har helt enkelt inte råd. Detta gäller i högre grad män med ett dåligt socialt stöd, än kvinnor. Risken finns också då en arbetslös individ har social- och hälsorelaterade problem samt medicinska diagnoser. Det inverkar, förutom på det egna välmåendet, också på chanserna att kunna ta emot ett arbete. En annan risk är att då individen upplever sig ha en dålig hälsa är också kapaciteten att göra förändringar i det egna livet mindre. (Åhls, et al., 2012, s. 29-30). En annan undersökning visade att det finns risk då individen varit arbetslös en längre tid, att motivationen minskar att ta emot ett arbete. Denna risk ökar ju äldre individen är och även i denna undersökning visade man på dålig upplevd hälsa som en risk. Undersökningen gjordes mellan grupper där den ena gruppen erhöll arbetslöshetsförmåner och den andra gruppen förmåner via

socialförsäkringen. Den visade att i den grupp som erhöll arbetslöshetsförmåner var riskerna att individerna hade lägre utbildning och i den andra gruppen var riskerna att leva i parförhållande och dålig självtillit. Alla dessa faktorer ansågs vara riskfaktorer för att förbli långtidsarbetslös. (Lötters et al., 2013, s. 300-308).

Dessa aspekter tas också upp i en forskning om samband mellan självmord och arbetslöshet under åren av lågkonjunktur på 1990-talet i Sverige. Den visade att det fanns endast marginella samband. Dock menar man att självmord åren efter lågkonjunkturen visar på ett samband med individens tidigare erfarenheter av arbetslöshet. Med denna undersökning kunde man tolka att det finns en ökad risk mellan att vara långtidsarbetslös och begå självmord, men arbetslösheten är inte den utlösande faktorn. Detta förklaras genom att långtidsarbetslöshet för med sig många sociala problem, såsom materiella problem, individens sociala status och skamkänslor, mentala hälsan blir sämre och många lider av mentala problem. Dessutom pekar man på ökat alkoholmissbruk och att speciellt män är en riskgrupp. (Garcy & Vågerö, 2013, s. 1031-1038). Här kan man dra paralleller till en finsk studie om social isolering, ensamhet och dödlighet. I studien kom man fram till att social isolering, dvs. ett snävt socialt nätverk, att bo ensam, inget deltagande i sociala aktiviteter, inga förtrogna eller sociala kontakter har ett direkt samband med dödlighet. Dock hittade man inte fog för att ensamhet skulle ha samband med dödlighet. Man sade att ensamheten kan vara något man frivilligt väljer, men en ökad risk finns, hos dem som förutom ensamhet också lider av ohälsa, att bli socialt isolerade. (Tanskanen & Anttila, 2016, s. 2042-2048). Stressen som långtidsarbetslösheten åsamkar visade sig vara av högsta vikt. Arbetslöshet har kopplats till försämrad hälsa, mortalitet samt med kortare längd på telomererna, en potentiell biomarkör för förtida åldrande. (Ala-Mursula, et al. 2013, s.3-4).

### **2.5.3 Hot hos långtidsarbetslösa**

Att uppleva flera stressande omständigheter samtidigt kan minska på välmåendet på ett additivt och kumulativt sätt. Att vara arbetslös i ett land med hög arbetslöshet utgör en additiv effekt där såväl individuella som nationella risker samverkar på ett komplext sätt och tillsammans blir en ännu större hotbild än de skulle vara utan den andra. Arbetslösa har ett konsekvent lägre välmående än studerande, arbetstagare och hemmafruar, men skillnaderna varierar utgående från hur stor landets arbetslöshet är. Ju större landets arbetslöshet är, desto större är olägenheterna för arbetslösa i jämförelse med arbetstagare och studerande. Att arbeta, studera och att vara hemmafru kan således minska på de

negativa hälsoeffekterna av nationell arbetslöshet. Då har man struktur på dagen, sociala kontakter, status och identitet. (Calvo, 2015, s. 1630, 1647).

Att bli arbetslös i åldern 50-64 år under en tid av ekonomisk recession har befunnits ha samband med ökad alkoholkonsumtion. Att arbetslösheten ökar på nationell nivå har också visat sig vara förbundet med en ökad, riskfylld alkoholkonsumtion (32 % mer). En ökning i hushållens disponibla inkomst är åter förenat med en minskning av riskfylld alkoholkonsumtion. (Bousque-Prous, 2015, s. 6). Arbetslöshet på nationell nivå verkar sålunda utgöra hot mot den arbetslösas välmående och risk att konsumera alkohol på ett riskfyllt sätt.

#### **2.5.4 Företräderskap hos långtidsarbetslösa**

Förändringar i livssituationen och känslomässiga reaktioner gör att individer kan vara extra sårbara eller maktlösa. Då kan de vara i behov av en person som företräder dem och deras rättigheter. Denna person kan vara en närstående, en sjukskötare eller en socionom som känner individen, dennes behov, intressen och önskemål. (Eklund, 2013, s. 9).

Om man som långtidsarbetslös inte deltar i sysselsättningsstödande åtgärder faller man utanför arbetsskyddet och förmånerna dras in. Det betyder att individen får en ännu större ekonomisk utmaning och det blir aktuellt att söka utkomststöd. I värsta fall lever individen på endast utkomststöd och bostadsbidrag. (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2011, s. 92). Idag pratar medierna mycket om arbetslösheten. Forskarna har också börjat fundera över fenomenet med 79 000 män som är långtidsarbetslösa i Finland. Dessa män varken arbetar, söker arbete, de studerar inte, men är heller inte sjukpensionerade. Av män i åldern 25-54 år, då man borde vara i bästa arbetsföra åldern, är hela 7,4% utanför arbetslivet. En orsak till att inte få arbete är avsaknad av utbildning, varför det anses vara viktigt att stöda speciellt pojkar redan i småbarnsfostran. (Yle, 2017).

Forskning har visat, att det borde sättas rehabiliterande resurser på att hitta de sårbara personerna som löper risk att bli långtidsarbetslösa, innan motivationen att återgå till arbete blir för låg. Detta vore viktigt, eftersom arbete och inkomst är viktiga för den egna välfärden och för att kunna känna delaktighet i samhället, men också för psykosociala behov, sociala roller och status samt den egna identiteten. (Lötters, et al., 2013, s. 308).

Trots att social- och hälsovården i vårt land är tillgänglig för alla, är det viktigt att personer som arbetar inom området kan observera och identifiera individer som är i behov av stöd

och hjälp. Då man pratar om långtidsarbetslöshet i relation till självmordsbenägenhet och de sociala problem som kan ligga bakom, är det viktigt att se de individer som lider psykiskt, kunna se svängningar i individers mående, men också de bakomliggande sociala orsakerna. Att kunna förebygga självmord och självdestruktivitet är en mycket viktig fråga på många plan; för individen, de anhöriga men också på ett samhälleligt plan. (Garcy & Vågerö, 2013, s. 1037). Det är viktigt att personal inom hälso- och sjukvård skulle vara observanta och medvetna om att de arbetslösa, som har symptom på depression eller andra behov av vård, ofta avstår från att söka hjälp och vård. Därför är det viktigt att den arbetslösa skulle få information och hjälp i hälsofrågor i ett så tidigt skede av arbetslösheten som möjligt. Om individen har möjligheter till att skapa nya sociala kontakter eller ha en bättre struktur på sin dag, kan detta medföra en större känsla av upplevd hälsa. (Åhls, et al., 2012, s. 29-30, 37-38).

I olika interventioner borde social- och hälsovården ta i beaktande individer som löper risk att bli socialt isolerade genom mångprofessionellt nätverksarbete. Vi borde speciellt ta oss an yngre och äldre personer samt de som har en lägre eller ingen utbildning alls, eftersom de löper störst risk att bli socialt isolerade. (Tanskanen & Anttila, 2016, s. 2047).

## **2.6 Närståendevårdare**

En närståendevårdare är en person som vårdar en äldre, sjuk närstående eller en närstående som har en funktionsnedsättning (Institutet för hälsa och välfärd, 2017). En närståendevårdare kan också vara den person som vårdar sin partner eller sitt barn, det kan även vara ett barn som tar hand om sin äldre förälder. Likväl behöver inte närståendevårdaren och vårdtagaren bo tillsammans, utan de kan ha en nära relation sedan tidigare. Somliga närståendevårdare har ett krävande vårdarbete som kan vara fysiskt tungt då de är bundna till hemmet dygnet runt, andra kan få avlastning då vårdtagaren bor på sjukhus eller vårdhem i intervaller. (Folkhälsan, 2016). Både den vårdade och vårdaren behöver stöd vid närståendevård (Omaishoitajat ja Läheiset liitto ry, 2015, s. 6). Närståendevårdare som får stöd för närståendevård och är bundna till vården dagligen har rätt till 1-3 dagar ledigt i månaden. Även om vårdtagaren tillbringar en del av dagen utanför hemmet, på äldreomsorg eller på ett dagcenter anses vården vara bindande dygnet runt. (Suomi.fi, 2015).

Enligt Lag om närståendevård (2005/937) skall kommunerna vid behov ordna utbildning för närståendevårdare för att förbereda dem för vårduppdraget. Det ska även erbjudas

undersökningar av närståendevårdares hälsa och välmående samt social- och hälsovårdstjänster som stödjer detta (§3). Detta understryks i ett av Sote-reformens spetsprojekt, där man vill stöda närståendevårdarna genom förnyade verksamhetsmodeller. Meningen är att stöda närståendevårdarens välbefinnande, förberedelse och rehabilitering så att vårduppgifterna känns attraktivt. Men också så att närståendevårdaren skall ha möjlighet att arbeta vid sidan om närståendevårdaruppgifterna. Både närståendevårdarens och vårdtagarens livskvalitet ska bibehållas på god nivå. Men också för att kunna minska på institutionsvården inrättas regionala center som stöd för närståendevården. (Statsrådets kansli, 2016, s. 61). Detta har närståendevårdarnas förbund tagit i beaktande i sin strategi för åren 2016-2020. Där poängteras bland annat att förbundet skall sköta intressebevakningen för sin medlemmar. Man nämner också Sote-reformen, där man vill vara med och påverka att det finns tillräckliga resurser vid själva förverkligandet. Till förbundets strategier hör också att stöda närståendevårdarnas välfärd och ork. (Omaishoitajat ja läheiset ry, 2016, s. 8-9).

Forskning visar att det är viktigt att närståendevårdare får tillgång till stöd och uppföljning samt möjlighet till egenvård (Berglund & Johansson, 2013, s. 33). Enligt grundlagen ska den offentliga makten garantera var och en tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster och främja befolkningens hälsa. De facto är tjänsterna i offentliga sektorn splittrade och hjälpen måste sökas från olika ställen. (Hiilamo & Hiilamo, 2015, s. 21, 38). Endast en del av närståendevårdarna i Finland får stöd för närståendevård. Detta kan bero på att det saknas tillräckligt med anslag hos kommunerna, att alla inte uppfyller de krav som finns för att få stöd eller att ansökningsen inte fylls i rätt. Det är en lagstadgad socialservice att få stöd för närståendevård, dock garanterar det inte rätten för alla. På grund av att arbetet som närståendevårdare är bindande så anser många att det är tungt. Extra hjälp är någonting som närståendevårdare önskar, en vikarie som kan sköta vårdtagaren hemma medan närståendevårdaren behöver vila eller utföra andra ärenden. I dagens läge ordnas det oftast på så sätt att kommunen anordnar en plats på en vårdinrättning under den tiden närståendevårdaren är ledig. Stöd för anhöriga, lediga dagar, stödpersoner och kortvård är några saker som närståendevårdarna önskar av kommunen. (Suomi.fi, 2015).

Tack vare närståendevårdare kan flera personer med funktionshinder bo hemma istället för att behöva en vårdplats på sjukhus, långvård eller serviceboende. Det är viktigt att närståendevårdaren eller vårdtagaren inte påverkas allt för mycket av den förändrade livssituationen. Den enas tillvaro underlättas även av åtgärder som stöder den andra. (Folkhälsan, 2011). Det är vanligt att det är en person som mest sköter om en anhörig,

detta trots att det kan finnas flera syskon runt den som vårdas (Hiilamo & Hiilamo, 2015, s. 87). Den viktigaste faktorn som påverkar närståendevårdens kvalitet positivt identifierades i McClendons och Smyths (2013, s. 1003) undersökning som personcentrering. Den insjuknades åsikter, önskemål och behov är i fokus. Grundstenarna för personcentrering är autonomi, individualitet, integritet och stödet i omgivningen.

Det har framkommit att närståendevårdaren mår bra när hen ser att den närstående mår bra. Närståendevård kan vara givande men också påfrestande både psykiskt och fysiskt. Det är viktigt att ha en balans mellan vårduppgifterna och de egna behoven. Balansen kan nås genom att man förstärker sunda livsområden och håller fast vid dem. Redan vid början av närståendevårdarsituationen är balansen viktig. Vid obalans finns det risk att det uppstår två gränser: Undervård innebär att den vårdbehövandes behov inte beaktas av närståendevårdaren, detta leder till att den vårdbehövandes hälsa är i fara. Övervård innebär att de egna behoven hos närståendevårdaren inte beaktas, detta medför att den egna kraften och hälsan utsätts för fara. (Omaishoitajat ja Läheiset liitto ry, 2015, s. 20).

### **2.6.1 Rädslor hos närståendevårdare**

Då en maka eller make tar rollen som närståendevårdare för den andra så kan det i vissa fall leda till social, psykisk och fysisk påfrestning, detta påverkar i sin tur hälsan samt fritid och arbetsliv. Det kan hända att närståendevårdaren isolerar sig ifrån relationer och socialt nätverk, får ekonomiska svårigheter eller känner daglig ångest över vårdtagarens hälsa. Alla dessa faktorer påverkar hälsan negativt. (Berglund & Johansson, 2013, s. 33). Det framgår även att närståendevårdare känner rädsla inför hur länge de ska orka ta hand om sin make/maka och vara den enda beslutsfattaren (Wester, et al., 2013, s. 30).

Forskning visar att närståendevårdare drabbas av både negativa och positiva känslor då de vårdar sin make/make, en del känner rädsla inför att själva bli sjuka och inte längre kunna vårda sin partner. Närståendevårdare känner även en viss rädsla inför att lämna sin make/maka till ett intervallboende. För att säkerställa en god kvalitet på vården är det avgörande vilka förväntningar närståendevårdaren har inför att lämna sin make/maka till intervallboendet. Om förväntningarna tillfredsställs så kunde vårdgivaren samla energi och koppla av, vid otillräcklig tillfredsställelse kände vårdgivaren stress, rädsla och skuld. (Berglund & Johansson, 2013, s. 33). I forskning framkommer att det finns en viss rädsla hos närståendevårdarna inför att söka eller begära hjälp, trots att de vet att de behöver det. Det finns även en rädsla inför att livet blir begränsat. (Eriksson, et al., 2012, s. 164). Brist

på frihet och ofrivillig ensamhet är andra rädslor som närståendevårdare upplever, även närståendevårdarnas relationer blir begränsade (Pereira & Botelho, 2011, s. 2451). Den anhöriga vars tillstånd försämras behöver allt mer vård som är fysiskt tungt, medan närståendevårdarens egen hälsa också sviktar. Tanken på att den anhöriga läggs in på vårdanstalt när närståendevårdaren inte längre orkar betunga också psykiskt. (Tikkanen, 2016, s. 116).

I en studie där kvinnliga närståendevårdare tog hand om sin anhöriga framkom känslor såsom hjälplöshet och maktlöshet. Rädsla inför att inte kunna ta hand om sig själv och sin egen hälsa ökade och närståendevårdarna upplevde trötthet och brist på energi . (Hounsgaard, et al., 2011, s. 507). Det framkommer även i en annan forskning att kvinnliga närståendevårdare upplever en känsla av skuld, detta gäller både sociala kontakter och andra specifika ting beträffande relationen till maken. Det har framkommit att de känner sig plågade då de måste uppträda i en särskild roll i relationen, det vill säga agera som närståendevårdare istället för partner. (Eriksson, et al., 2012, s. 162).

## **2.6.2 Risker hos närståendevårdare**

Maktbalansen mellan närståendevårdare och anhörig kan bli skev åt båda hållen. Man kan säga att vården av den anhöriga är påtvingad av kulturen, en form av altruism som innehåller även andra känslor än kärlek. Det finns en risk att vårdaren gör den anhöriga mer hjälplös och beroende av andra än vad som vore nödvändigt. När närståendevårdaren är utmattad är det nära till hands att förlora tålamodet, sedan skäms man och ältar i värsta fall det skedda länge. (Hiilamo & Hiilamo, 2015, s. 21).

Enligt forskning inverkar en dålig ekonomisk situation mest på närståendevårdarens mentala välmående och har även en stor inverkan på den fysiska livskvaliteten. Det är större risk att drabbas av låg livskvalitet bland kvinnliga närståendevårdare. (Ekwall, et al., 2004, s. 246-247). Detta betonas även i en annan forskning där det framkom att kvinnliga familjemedlemmar som tar hand om en närstående har större risk att drabbas av depression och lider även i större grad av utmattning och stress (Ehrlich, et al., 2013, s. 29). I en studie där man under en period på tre år undersökte närståendevårdarens börda samt deras tillfredsställelse med rollen så framkom det att risken att uppleva en känsla av belastning ökar om närståendevårdaren är kvinnlig, ökad ohälsa är även någonting som framkom i studien (Holst & Edberg, 2010, s. 553).

En risk att vårda sin närstående är att det kan vara negativt om vårdgivaren och vårdtagaren bor tillsammans (Toljamo, et al., 2012, s. 215). En risk med att ta hand om någon i långa perioder kan vara att det påverkar närståendevårdaren på så sätt att hen känner ensamhet, överbelastning och stress. Känslor som utanförskap, maktlöshet och skuld upplevdes hos närståendevårdare, vilket påverkade dem fysiskt, psykiskt, socialt och andligt. (Wester, et al., 2013, s. 28). Det finns också en risk att närståendevårdare inte har samma möjlighet att kontrollera sin egen tid längre, livet bygger på scheman och de har lite kontroll över vad som sker (Pereira & Botelho, 2011, s. 2451).

Närståendevårdare har en större risk att drabbas av ångest än resten av befolkningen, ångesten påverkas av olika stressfaktorer, såsom av intensiteten av vården man ger (Del-Pino-Casado, et al., 2014, s. 3316). Det finns en risk att det uppstår en fysisk, psykisk och social börda hos närståendevårdare (Eriksson, et al., 2012, s. 164). En låg inkomst bland närståendevårdare kombinerat med låg hälsoprofil har internationellt visat sig vara en risk gällande belastningen (Ehrlich, et al., 2013, s. 29).

Risken att drabbas av negativ hälsa såsom stress ökar om man som närståendevårdare tar hand om sin äldre familjemedlem som lider av demens, i all synnerhet då vården innebär en daglig kontakt. Det är även bevisat att känslor såsom undvikande och intrång uppstår hos närståendevårdare. Risken att drabbas av påfrestning ökar då närståendevårdaren är barn till vårdtagaren. (Holst & Edberg, 2010, s. 550). Forskning visar att risken att drabbas av sämre fysisk och psykisk hälsa ökar då närståendevårdaren är äldre, dock har yngre närståendevårdare istället mindre erfarenhet av omvårdnad. Kulturella skillnader kan påverka närståendevårdarens börda. (Chiao, et al., 2015, s. 348).

Carme Alvira (2014, s. 1417-1418) identifierade med *Caregiver Reaction Assessment* faktorer som självuppfattning, bristande stöd av familjen, ekonomiska problem, splittrade schema och hälsoproblem och hur de här dimensionerna påverkade närståendevårdarens börda, livskvalitet, mentala hälsa och deras demensinsjuknade närståendes neuropsykiatriska symtom, komorbiditet och grad av hjälpbehov i dagliga aktiviteter. Forskarens syfte var att bättre förstå förbindelsen mellan närståendevårdarnas reaktioner på demensvård och deras egna hälsotillstånd för att utveckla bättre stödstrategier för att underlätta närståendevårdarens vardag. Sambandet är vanligtvis starkare i hemmiljön. Hälsoproblem och splittrade scheman är ofta bundna till närståendevårdarens negativa reaktioner. Den professionella vårdens engagemang är grundläggande för att analysera och förebygga negativa resultat i både närståendevårdarens och den dementas hälsa.



En studie gjordes i Sverige, där man jämförde närståendevårdare på landsbygden och i stadsområdet. Risken hos närståendevårdare på landsbygden var att de ansågs ha en känsla av att vara övergivna av sin familj och en mer tyngande ekonomisk situation. Närståendevårdare i stadsområdet bedömdes även ha mindre hjälp från sin familj, detta gav en känsla av ensamhet. (Ehrlich, et al., 2013, s. 31).

### **2.6.3 Hot hos närståendevårdare**

Närståendevårdaren bär ansvaret för att vardagen fungerar, vilket inbegriper vård, praktiska angelägenheter och hushållsarbete. Emellanåt känns det tungt att ha ansvar för allt. Närståendevårdaren behöver vila och avlastning. Trots det kan närståendevårdaren känna skuld och att det är fel då den anhöriga förs till vårdplatsen för avlastning. När närståendevårdaren äntligen har ledigt borde hen få koppla av utan skuldkänslor. En stor utmaning för närståendevårdaren är också osäkerheten, att konstant vara på sin vakt och följa med hur den anhöriga allt mer drar sig undan i sin egen värld. Den psykiska belastningen är stor särskilt då den anhöriga lider av en framskridande minnessjukdom. (Tikkanen, 2016, s. 91, 99, 104-105).

Studier visar att då närståendevårdare känner sig fångade i sin roll så kan det vara ett hot i det långa loppet beträffande deras egna hälsotillstånd. Det bör läggas mera tyngd på att individuellt anpassa stödtjänster åt närståendevårdare, detta för att skydda dem mot negativa konsekvenser av omvårdnad. (Toljamo, et al., 2012, s. 217). I en studie som gjordes i Sverige framkommer det att flera närståendevårdare gav omvårdnad under en så stor press att de själva blev sjuka innan de hann söka professionell hjälp, detta gjorde dem sårbara och är ett hot mot hälsan (Wester, et al., 2013, s. 30).

Det har länge forskats i påfrestningar av att vara närståendevårdare. Allt sedan 1960-talet har man forskat i de psykiska följderna hos närståendevårdare. Närståendevårdarens förhöjda blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar eller till och med mortalitet har varit undersökningsobjekt och på senare tid fokuserar man mera på faktorer som skyddar och är givande. Påfrestningens undergrupper kan identifieras som bakgrund och kontext för stressen, stressfaktorer, stressens uttryck och skyddande faktorer. Bakgrundsfaktorerna kan vara socioekonomiska drag som ålder, kön, etnisk bakgrund, utbildning, arbetsläge och ekonomisk situation. Bakgrundsfakta har stor betydelse i alla stressprocessens delar. Kvinnor påverkas mera. De som vårdar sin maka/make påfrestas mera. Stressen ökar också om man bor tillsammans med vårdtagaren. (Juntunen & Salminen, 2011, s. 4).

Som primära stressfaktorer räknas vårdtagarens behov och hurdan vård hen behöver. Långvarig primärpåfrestning kan förorsaka andra problem. Följdpåfrestning eller sekundära stressfaktorer har inte sin grund i själva närståendearbetet, utan är en följd av kompromisser som man som närståendevårdare har varit tvungen att göra. Brister i det sociala nätverket, avvikande uppfattning om vilken den bästa vården är med andra närstående till vårdtagaren, ekonomiska problem, minskad fritid, social isolation och att koordinera arbetslivets krav med krav från närståendevårdarbetet kan leda till närståendevårdarens påfrestning. Stressfaktorer kan upplevas olika av olika individer. Skyddande faktorer så som copingstrategier och socialt stöd förklarar till en del dessa olikheter. (Juntunen & Salminen, 2011, s. 4). Något som är problematiskt för en närståendevårdare kan tolkas på ett helt annat sätt av en annan, vilket är en aspekt som man som professionell inte får glömma då man gör en bedömning av en individuell situation (Syron & Shelley, 2001, s. 32).

#### **2.6.4 Företräderskap hos närståendevårdare**

Eklund (2013, s. 18) skriver om företräderskapet som en process, som består av analys, reaktion samt skyddande och rapportering av felaktigheter. Först samlas information om klienten, önskemål angående vården och självbestämmande analyseras. Utgående från den samlade informationen om klientens behov och önskemål företräds denne av sjuksköterskan i både vardagsnära som komplexa situationer.

Då man arbetar inom sociala området vill man genom företräderskap och empowerment hjälpa individer att övervinna hinder för att uppnå livsmål och få tillgång till sociala tjänster. Dessa begrepp har samband med självhjälp och delaktighet för individer och grupper i beslut som rör dem. (Payne, 2010, s. 416-417).

COPE (Carer of older people in Europe) -index är ett verktyg för professionella inom vård- och socialbranschen. Med hjälp av det kan man snabbt mäta närståendevårdarens upplevelser i olika situationer, för att se eventuella stödbehov och om en mer djupgående evaluering behövs. Majoriteten av de äldre vill bo hemma så länge som möjligt, vilket också ingår i Finlands social- och hälsovårdsministeriums framtidsstrategi. Målet var att redan i år 2012 skulle 91-92% över 75 åringar fortfarande skulle kunna bo hemma. För att kunna nå denna målsättning krävs ett stödsystem som omfattar både officiella servicesystem, privata hälsotjänster, tredje sektorns aktörer och volontärer samt den närstående/släktingar. En betydande del av vården sköts idag av anhöriga. Antalet

närståendevårdare som tar hand om äldre samhällsmedlemmar har konstant stigit under de sista tio åren och kommer att fortsätta stiga också i framtiden. (Juntunen & Salminen, 2011, s. 3).

Trots att en del av äldre närståendevårdare upplever stress och faktorer som påverkar negativt på hälsan, innebär närståendevården också belönande och positiva aspekter. Till dessa kan man nämna interaktionen mellan vårdtagare och närståendevårdare, relationen till vårdtagaren då hen uppskattas som människa och inte som en börda och förhållandet uppfattas på det sätt att man både får och ger samt meningsfullheten med själva uppgiften. (Juntunen & Salminen, 2011, s. 6).

Positiva resultat kan mätas med The Caregiver Empowerment model (CEM). Den tar i beaktande bakgrundsvariabler som påverkar situationen, så som kulturella uppfattningar om närståendevårdarens ansvar, närståendevårdens utmaningar och individuella upplevelser samt resurser. Individuella resurser som koherens, andlighet och betydelsefokuserad coping, att vara enig och få hjälp från familjen samt de resurser samhället erbjuder. Alla dessa faktorer kan leda till en positiv hälsoutgång som upplevd hälsa, växande som person och existentiellt välmående. Interventioner som fokuserar på de positiva följderna är utmärkta för att skydda närståendevårdare från negativa effekter som närståendevård kan ha som följd. Endast stödåtgärder som har varit klientcentrerade, individuellt skräddarsydda, mångdimensionella och har tagit i beaktande både vårdtagaren och närståendevårdaren har lett till minskad påfrestning och längre samliv hemma. (Juntunen & Salminen, 2011, s. 6).

Redan i början av 2000-talet lyftes följande faktorer fram som ska beaktas för att få en holistisk uppfattning om närståendevårdarens situation: närståendevårdarens hälsa, känslor, copingsförmåga, ekonomisk situation, omgivning, stödsystem, familjeband och kognitiva behov och handledning i kliniskt kunnande (Syron & Shelley, 2001, s. 37).

Sjukvårdare kunde ta en prominentare roll som vårdkoordinator som en del i triangeln mellan närståendevårdaren, individen i behov av vård och den professionella i vården. På det sätt kan man bättre skräddarsy hälsovårdstjänster och möjliggöra en individanpassad trygg hemvård så länge det är möjligt. (Verbeek, et.al., 2015, s. 1348).

Skyddande faktorer kan delas i inofficiellt såsom familjens och andligt stöd samt officiellt stöd. Närståendevårdare upplever att de behöver båda och särskilt stöd från andra som är i

samma situation. Som officiellt stöd räknas hemvård, dagcentertjänster och intervallvård till vårdtagaren. Tjänsternas nytta beror på upplevelsen av hur bra de möter närståendevårdarens och vårdtagarens behov och på deras kvalitet samt om de erbjuds vid rätt tidpunkt. (Juntunen & Salminen, 2011, s. 6)

## **2.7 Sammanfattning av teoridel**

Våra målgrupper, långtidsarbetslösa och närståendevårdare, visade sig ha liknande utmaningar de olika utgångslägena och livssituationerna till trots. Bägge målgrupperna möter sociala problem: ensamhet, marginalisering, snäva sociala relationer, bristande nätverk och löper risk för isolering. En annan stor utmaning är en försämrad psykisk och fysisk hälsa: många stressfaktorer föreligger och man är rädd för eller har kanske inte råd att söka hjälp. Arbetslösa kan utveckla en riskfylld alkoholkonsumtion medan närståendevårdare kan ha så bråttom att de inte hinner tänka på sin egen hälsa och mående.

De ekonomiska problemen är också närvarande i båda målgrupperna. Långtidsarbetslösa har oftast inte råd med samma levnadsstandard som löntagare och kan vartefter arbetslösheten fortsätter, tvingas ge upp många saker som tidigare var en del av vardagen. Ekonomin är en otrygghetsfaktor som ger stress. Närståendevårdare kan ha svårt att hålla kvar sitt arbete vid sidan av vårduppdraget och anses kanske inte berättigade till stöd.

Livskontrollen försämras (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2011, s.92). Maktbalansen kan bli skev mellan närståendevårdare och vårdtagare. Det blir svårt att ha kontroll över sin tid och över vad som sker. Det är svårt att hitta en balans mellan den egna tiden och vårduppgifterna. Den arbetslösa upplever sig förlora kontrollen, statusen försämras och man har allt sämre kapacitet att göra förändringar i sitt liv. Bägge målgrupperna upplever maktlöshet. Livet och vardagen begränsas.

Som resursförstärkande faktorer upplever såväl långtidsarbetslösa som närståendevårdare det att få stöd av andra i samma situation i ett stödnätverk. Viktigt för båda grupperna är att de individuella behoven identifieras korrekt för att skräddarsytt stöd ska kunna ges. Om individen har ett starkt socialt nätverk skyddar det också.

Tjänsterna inom den offentliga sektorn är splittrade, därför är det ytterst viktigt att företrädarna, sjukskötare och socionomer känner sina individer så väl att de kan skräddarsy individanpassade och klientcentrerade tjänster i rätt ögonblick som matchar föreliggande behov och önskemål. För otillfredsställda behov i bägge målgrupperna behövs sociala

stödåtgärder men även hälso- och sjukvårdstjänster. Stödet är viktigt men också uppföljningen är central. Det behövs ett mångprofessionellt nätverkssamarbete som är lyhört för målgruppernas behov.

### **3 Datainsamling**

För att få en så bred uppfattning om fenomenet som möjligt har vi använt både en teoretisk datainsamlingsmetod, litteraturöversikt och sedan deltagit i en fokusgruppintervju med närståendevårdare samt en träff och ett Learning café-tillfälle med den andra målgruppen; långtidsarbetslösa. Våra forskningsmetoder är kvalitativa för att få en djupare insikt i de undersökta fenomenen. Frågeställningarna om målgruppens behov bestämde på ett visst sätt den teoretiska referensramen, kvalitativ undersökning och som en logisk nästa steg utvaldes innehållsanalys som en relevant analysmetod för projektens ändamål.

Trots att närståendevårdarnas och de långtidsarbetslösas behov i vardagen vid första ögonkastet skiljer sig från varandra finns det också flera gemensamma drag. Båda gruppernas sammansättning är mycket heterogen och deras vardagliga utmaningar har flera olika orsaker; samhällseliga, individuella och materiella såsom tids- och resursbrist. Olika stöd finns, men att använda sig av dem är inte så lätt i praktiken som i teorin. Utgående från de svar vi kommer fram till med hjälp av kvalitativ undersökning utvecklar vi en produkt, Voimanpesä-häftet, som lyfter fram det positiva i individens liv som redan finns

#### **3.1 Kvalitativ undersökning**

En kvalitativ metod valdes för att få en fördjupad förståelse för hur individernas eget perspektiv uttrycker sig i deras dagliga liv och för att få tillräckligt mycket kunskap om de undersökta fenomenen. I en kvalitativ undersökning ses omvärlden ur ett holistiskt perspektiv; den föreställer en komplex och subjektiv helhet som har en logisk inre struktur. Tyngdpunkten är på det gemensamma och inte på skillnader. (Alasuutari, 2011, s. 38-39). Skillnader är dock betydelsefulla för dom kan ge ledtråd för kausaliteten inom forskningsfenomen eller en förklaring för varför något är just på det sätt som det är (Alasuutari, 2011, s. 43).

Typiska drag för kvalitativ data är dess mångdimensionalitet och komplexitet och uttryckets mångfaldighet (Alasuutari, 2011, s. 84). Vidare måste undersökningsfenomenet ses och tolkas i sin kontext, medveten om kulturens påverkan och individens bakgrund och

livsvillkor. Flera tolkningar är möjliga och kan stämma fast de skiljer sig från varandra . (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012, s.188).

För att kunna skilja mellan iakttagelser i data och forskningsresultat behöver vi en entydlig forskningsmetod. Som metod räknas alla handlingar som används för att producera iakttagelser och de koderingsregler som bestäms för att bearbeta iakttagelser vidare och tolka deras betydelse som ledtrådar. Med en kvalitativ undersökning som metod kan man inte nå samma volym som med kvantitativa metoder men statistisk argumentation krävs bara i vissa sammanhang. När vårt mål är att få pålitliga och förklarande svar gällande en begränsad målgrupps upplevelser är kvalitativ undersökning ett optimalt verktyg. (Alasuutari, 2011, s.39, 82).

### **3.1.1 Innehållsanalys**

En kvalitativ innehållsanalys består av två faser: att förenkla observationer till en mer allmän nivå kallat också generalisering och i att hitta de ledtrådar som svarar på frågeställningarna. Tudelningen fungerar huvudsakligen på en teoretisk nivå för i praktiken är de sammanflätade. Om individuella iakttagelser ska vara till nytta för en större målgrupp måste man få tag i det väsentliga och gemensamma bakom den unika upplevelsen. För att kunna komprimera de generaliserade iakttagelserna ännu mer och vidare minska på överbegrepp sätter man samman de generaliserade iakttagelserna man har kommit fram. Först efter det kan man nå en bredare förståelse för forskningsfenomenet och att alla iakttagelser i våra empiriska data representerar samma världsbild fast från olika håll. (Alasuutari, 2011, s. 39-40). Iakttagelser måste tolkas före man kan få svar på frågeställningarna. I kvalitativ innehållsanalys betyder det att man sätter de ledtråd man har fått i kontext och gör en tolkning av det undersökta fenomenet. (Alasuutari, 2011, s. 44).

Vi har definierat de frågor vi vill få svar på i vår undersökning och har en tydligt avgränsad och tillräckligt smalt forskningsfenomen gällande långtidsarbetslösas och närståendevårdarnas behov. Trots att målgruppernas behov i vardagen vid första ögonkastet skiljer sig från varandra finns det också flera gemensamma drag. Båda gruppernas sammansättning är mycket heterogen och deras vardagliga utmaningar har flera olika orsaker; samhälleliga, individuella och materiella såsom tid- och resursbrist. Olika stöd finns, men deras användning är inte så lätta i praktiken som i teorin.

Utgående från det insamlade materialet har vi först systematiskt och objektivt reducerat, sedan grupperat svar till kategorier och till sist skapat teoretiska begrepp som beskriver

innehållet. Det valda tillvägagångssättet motsvarar induktiv ansats; från det enskilda till det allmänna. Utan förutbestämda kategorier undersökte vi insamlade data, för att sedan komma till identifierbara enheter, som svarar på våra frågeställningar. Dem organiserade vi i över- och underkategorier. Sedan kopplade vi resultatet till tidigare forskning. I resultatdelen tolkar och presenterar vi dessa kategorier. Se Kapitel 4, Resultat. Dessa steg om systematisk reducering samt gruppering till kategorier samt tillvägagångssätt vid induktiv ansats beskrivs av Tuomi och Sarajärvi (2009, s. 95, 101-103).

### **3.1.2 Learning Café**

Learning Café, som internationellt är mer känt under namnet World Café, är en metod utvecklad av Juanita Brown och David Isaacs på 90-talet. Idén är en enkel men effektiv dialogprocess, som främjar konstruktiva dialoger och gör kollektiv intelligens synligare samt kan leda till innovativa tillvägagångssätt. Normalt kan en fungerande och aktiv dialog endast ha ett visst antal deltagare, men i Learning Café-metoden indelas diskussionsdeltagarna i mindre grupper och därmed ökar den kollektiva potentialen. (Brown & Isaacs, 2007, s. 19).

World Café har sju grundprinciper: skapa en kontext och en tilltalande atmosfär, bearbeta betydelsefulla frågor, erbjuda alla att delta, låta olika perspektiv komma fram, vara lyhörd för att få fram gemensamma uppfattningar och mönster och dela med sig av kollektiva upplevelser. De svar som kommer fram skrivs ner på dukar eller stora pappersark. Varje bord har en värd och ett eget tema och efter varje diskussion byter gruppen bord. Diskussionens längd bestäms på förhand, det handlar om ungefär 20 minuter. Värden stannar kvar vid sitt bord och nästa grupp fortsätter att fylla på de tidigare gruppernas svar från ett annat perspektiv. På det sättet kan man få fram nya synvinklar och utveckla nya idéer, som i sin tur hjälper att få svar eller lösningar på de frågor eller problem som är relevanta för gruppen. (The World Café Foundation, 2015, s. 3-5).

### **3.1.3 Fokusgruppintervju**

Fokusgruppsintervju kan definieras som en gruppdiskussion under en på förhand bestämd tid och med ett mindre deltagarantal. Fokus ligger på olika aspekter av ett givet tema och tillsammans kan gruppen skapa ny kunskap. Metoden är lämplig när deltagarna är bekanta med diskussionsämnet och har något att dela samt diskutera tillsammans. Den har visat sig vara mycket användbar för att få reda på hur diskussionsdeltagarna ser på världen och

varför. (Ahrne & Svensson, 2011, s. 81-82). I början av vårt examensarbete använde vi fokusgruppintervju för att konkret få reda på närståendevårdares behov och undersöka fenomenet.

### 3.2 Litteraturöversikt

Oberoende av undersökningens omfattning måste man läsa på om vad andra skrivit inom området. Man samlar information som stöder eller motsäger olika argument och därefter formuleras en rapport. Det är viktigt att redan från början läsa så mycket som möjligt om ämnet och andras forskning, eftersom det utgör en förberedelse för den slutliga rapporten. (Bell & Waters, 2016, s. 78). Kunskapen från teorier, modeller och litteratur hjälper oss att hitta vad som är viktigt i vårt problemområde, så att vi kan göra en avgränsning (Patel & Davidson, 2011, s. 48). Litteraturöversikten kan vara mer eller mindre systematisk. Ju mer systematisk översikten är desto större vetenskapligt värde har resultaten. (Kristensson, 2014, s. 151).

Som datainsamlingsmetod i examensarbetet är litteraturöversikt använd för att söka fram information och fakta om de centrala begreppen rädsla, risk, hot och företräderskap samt fakta om målgrupperna. För att innehållet skall vara så mångsidigt och aktuellt som möjligt har vi använt oss av böcker, artiklar och elektroniska källor.

Den första litteratursökningen gjordes under veckorna 2-8, vilken står för den teoretiska bakgrunden i arbetet (Bilaga 1). Vid handledningstillfälle 25.1.2017 gavs feedback som bekräftade att vårt arbete inte innehöll tillräckligt faktabaserade vetenskapliga uppgifter, så i praktiken började vi därefter om från början. En noggrannare sökrapport finns i slutet av arbetet (se Bilaga 1). Vi har använt oss av databasen EBSCO och gjort avgränsningar i våra sökningar enligt följande sökord; family caregiver AND spouse, family caregivers AND Finland, caregivers AND elderly, informal caregiver AND health care AND support, advocacy AND nursing, unemployment AND benefits, unemployment AND health, unemployment AND fear, unemployment AND fear, unemploy\* OR menace\* OR threat, advocacy OR unemploy\*. Vi har avgränsat sökningen av artiklar till publikationsåren 2010-2017. Andra avgränsningar vi använt oss av är full text, english language, peer reviewed, geographic subset; continental Europe, age groups; aged 65+ years, geographic subset; Europe samt academic journals. Sökningarna är gjorda mellan 9.1-03.03.2017.



En ytterligare litteratursökning har utförts 2- 5.3. 2017 (Bilaga 1.). I denna sökning har vi koncentrerat oss på de risker, rädslor och hot målgrupperna ställs inför. Även denna sökrapport finns i bilaga 1. Vi har använt databaserna EBSCO och CINAHL och avgränsat sökningen med sökorden; unemployment AND worry or stress or anxiety AND sweden, risk factors AND unemployment, unemploy OR menace OR treat samt advocacy OR unemploy. I denna sökning har vi avgränsat sökningen till artiklar publicerade åren 2010-2017. Övriga avgränsningar är full text, english language, peer reviewed, academic journals och Europe.

Sökningar kring företräderskap har varit en utmaning. Vi har försökt hitta så ny och tillförlitlig forskning som möjligt. Det har visat sig att det finns minimalt med forskning i ämnet under den tidsperiod vi har gjort sökningar, mellan åren 2010-2017. Vi har hittat material inom området advokering, men det har varit på det juridiska området, vilket inte har relevans för vårt arbete. I ett tidigt skede gjorde vi en sökning om företräderskap, som gav 375 träffar. I denna sökning hade inte en tillräcklig avgränsning gjorts, avsikten var att få en definition på begreppet företräderskap.

I en sökning kring långtidsarbetslöshetens risker och hot i samband med finska förhållanden fick vi fram 521 träffar. Dock hade de flesta inget samband med Finland, varför endast tre artiklar användes. Till detta kan man konstatera att sökorden borde ha varit mer preciserade, en tydligare avgränsning hade behövts.

Vi har använt en artikel som inte har direkt koppling till varken långtidsarbetslöshet eller närståendevårdare. I forskningsresultat från bägge målgrupper har man kommit fram till att sociala kontakter har inverkan på välbefinnandet. Därför anser vi att det är av relevans att använda en finsk studie om samband mellan social isolering, ensamhet och dödlighet.

En tredje litteratursökning (Bilaga 1) är utförd veckorna 11-12, då vi koncentrerat våra sökningar på positiv psykologi och empowerment i relation till målgrupperna. Denna sökning har varit mycket utmanande. Vi har inte hittat tillräckligt många relevanta artiklar, trots att vi försökt med olika sökord och i olika databaser. Inom båda områden finns stora mängder information och artiklar, men de är oftast vinklade till olika sjukdomar och därför inte relevanta i vårt arbete. Efter feedback från handledarna vid mellaneminarium har vi istället för positiv psykologi riktat fokus på resursförstärkande metoder.

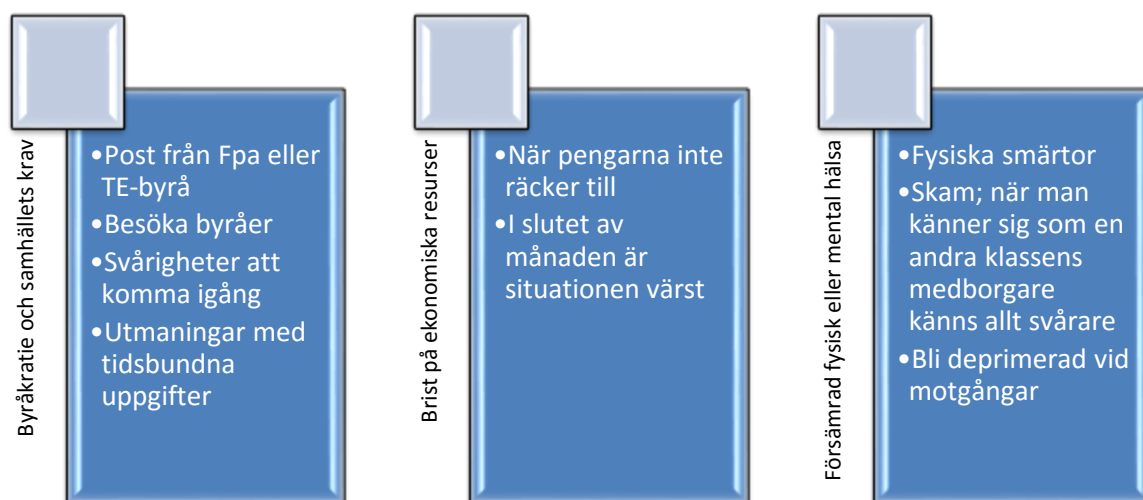
Förutom dessa sökningar har vi också hittat användbara texter, artiklar och avhandlingar genom att använda referenslitteraturlistor, olika universitets sidor samt genom Googles

sökmotor. Den manuella sökningen har gjorts i Yrkeshögskolan Novias bibliotek, Åbo stadsbibliotek, Raseborgs bibliotek, Helsingfors, Esbo och Vanda stadsbibliotek samt Tritonia i Vasa.

### 3.3 Empirisk data

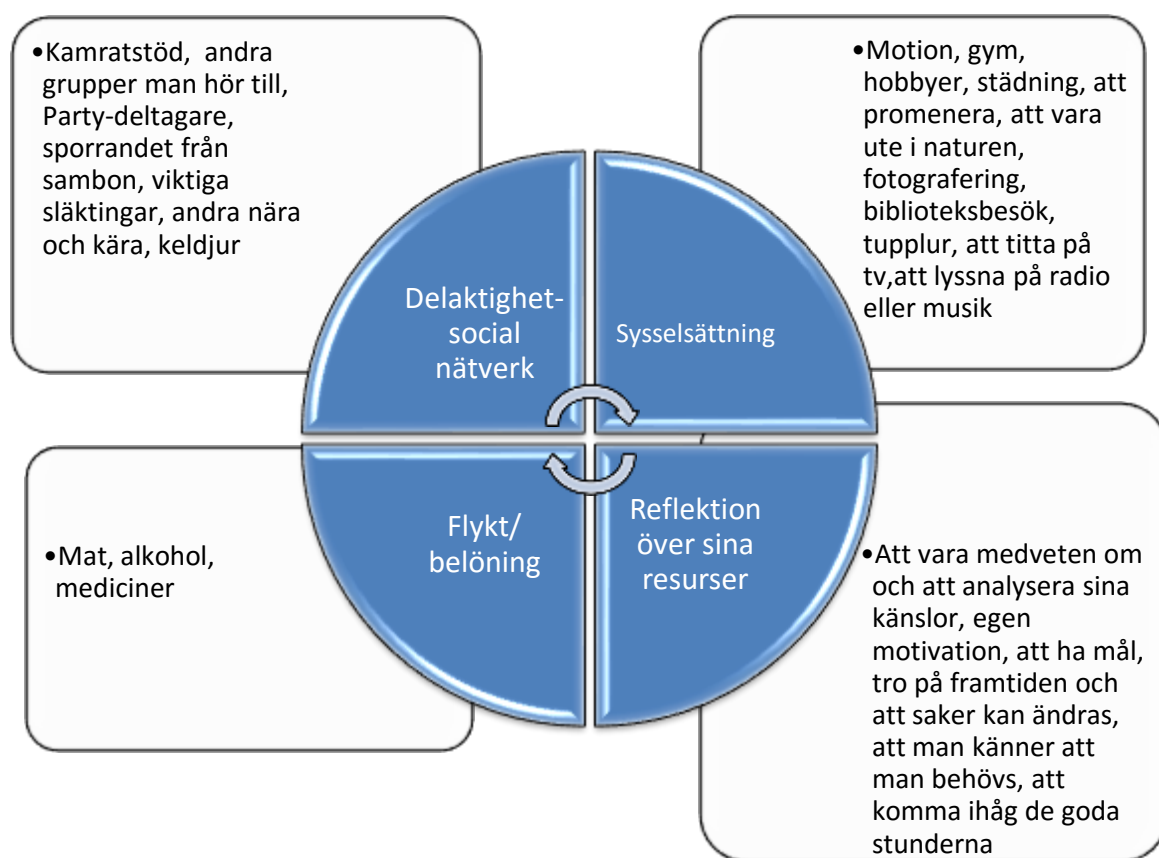
För att studerande skulle kunna bekanta sig med Party-deltagarna och deras behov, fick vi delta i en gymträff i januari 2017 med 6 deltagare samt ett bowlingstillfälle med cirka 15 deltagare och 3 ledare. Deltagarnas ålder var mellan 33 och 60, majoriteten var män. Tillfället var informellt och man hann prata mellan idrottsövningarna/bowlingturerna. Utöver konkret brist på lediga arbetsplatser var också sjukdom och beroendeproblem bakomliggande orsaker till arbetslösheten. Som en fortsättning för samarbetet med Party-projektet ordnades ett Learning Café. 15 personer deltog, 8 kvinnor och 7 män. Åldersfördelning för deltagarna var den följande: 1 person var under 40 år, 7 personer var i åldern 40-49 år medan 7 personer var över 50 år gamla.

Frågorna var uppdelade i två kategorier; faktorer bakom problemet och möjliga direkta copingreaktioner och de resurser som redan används. Första frågan var ”Har du märkt en viss situation eller tidpunkt då vardagen med alla sina utmaningar känns speciellt tung? Vad gör du då?” och som andra fråga ”Vad hjälper dig att orka oavsett motgångar?”. Efter analysen av Learning Café-deltagarnas svar kom vi fram till att deltagarna kunde identifiera påfrestande situationer, förberedde sig inför dem och använde tillgängliga resurser mångsidigt för att kunna klara av situationen. Vardagen påverkades negativt av faktorer, som vi delade in i tre undergrupper: byråkrati och samhällets krav, ekonomi och försämrad fysisk eller mental hälsa (Figur 1).



**Figur 1. Negativa faktorer för långtidsarbetslösa.**

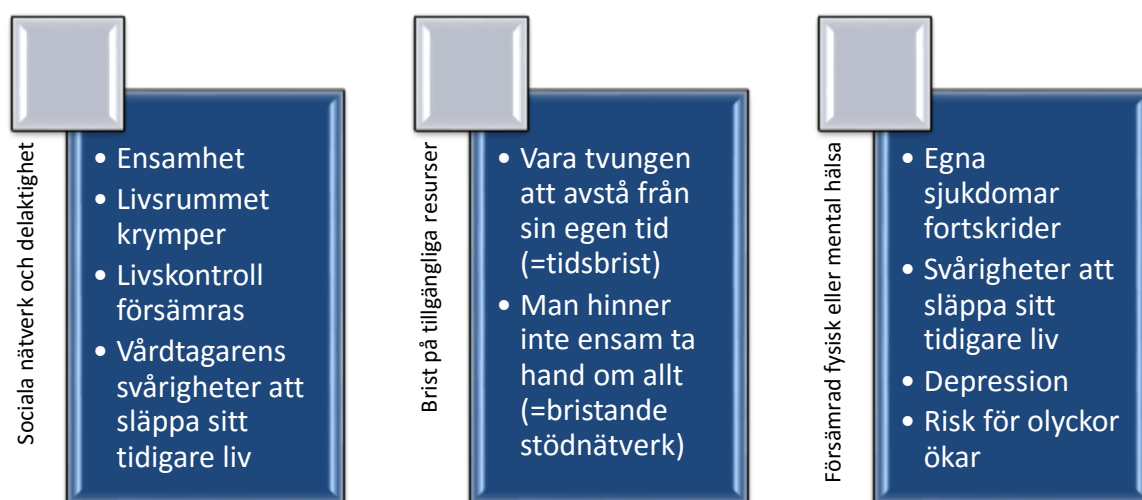
Som resurstärkande copingstrategier identifierade vi undergrupper som sysselsättning, socialt nätverk, delaktighet, reflektion över sina resurser och flykt/belöning (Figur 2).



**Figur 2. Resurser för långtidsarbetslösa.**

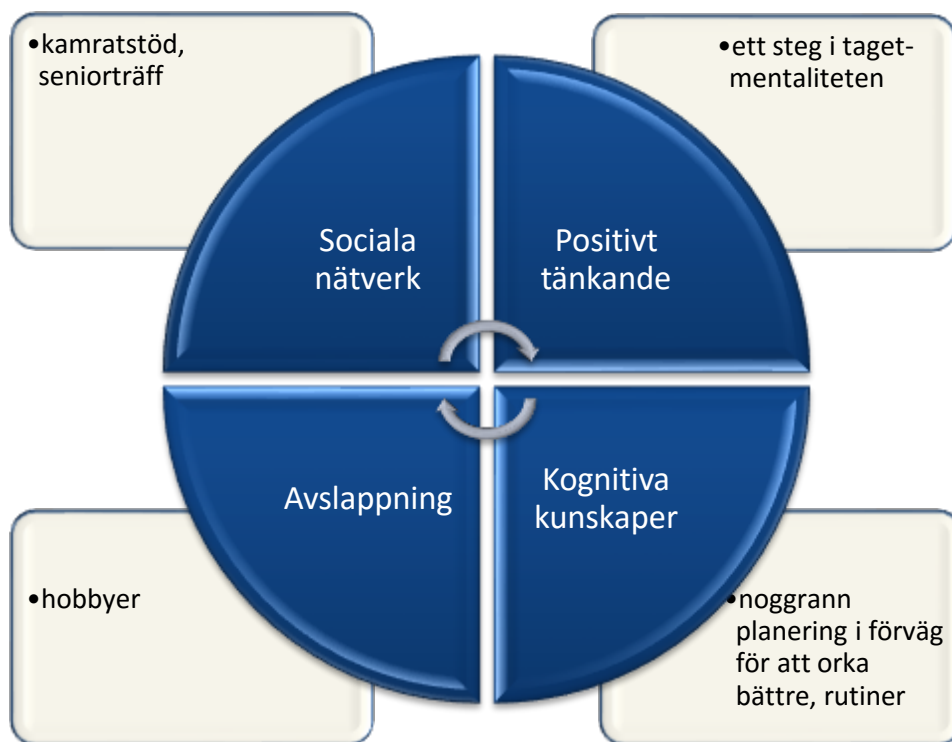
Under träffen för Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry framkom det tydligt, att uppgiften som närståendevårdare tar mycket tid i anspråk och att i extrema fall kan det leda till en upplevelse av att inte alls ha tid för sig själv. Fyra kvinnliga närståendevårdare uppskattningsvis i åldern 65-82 år deltog, av vilka två var änkor. Det man upplevde behöva mest var tid för sig själv utan dåligt samvete samt tid att sköta ärenden. Också effektivare verktyg för den insjuknade för att anpassa sig till den nya situationen upplevdes som väldigt viktiga. Behov av skräddarsydda gratistjänster som hjälp för att komma ut ur lägenheten och gå på en promenad med en tung vårdtagare med nedsatt rörelseförmåga efterlystes.

Närståendevårdare identifierade konkreta rädslor i vardagen (Figur 3); nedsatt funktionsförmåga kunde resultera i nya skador som att oavsiktligt sätta på ugnen eller att falla och bryta någonting. Det i sin tur ledde till att livsrummet krympte och man var kanske rädd för att gå ut överhuvudtaget. Det finns ett hot om att de sociala relationerna minskar drastiskt och den bekanta maken försvinner. Ensamhet, att vara tvungen att avstå från sin egen tid, utmattning, tomhet, att maken har stora svårigheter att släppa sitt tidigare liv, egen sjukdom och depression var andra faktorer som gruppen identifierade som hot. De hot, risker och rädslor närståendevårdare hade upplevt var konkreta och föll alla under kategorier som socialt nätverk och delaktighet, brist på tillgängliga resurser och försämrad fysisk eller mental hälsa.



**Figur 3. Negativa faktorer för närståendevårdare.**

Resurser som fokusgruppintervjudeltagare identifierade föll under kategorierna sociala nätverk, positivt tänkande, avslappning och kognitiva kunskaper (Figur4). Den viktigaste resursen som kom fram via fokusgruppintervjun var kamratstöd. Andra nämnda resurser var noggrann planering i förväg, rutiner, hobbyer och att göra en sak i taget-mentaliteten.



**Figur 4. Resurser för närståendevårdare.**

## 4 Resultat

Följande resultatkategorier som gällde risker, rädslor, hot och företräderskap hos närståendevårdare och långtidsarbetslösa identifierades på basis av teori och empiri

(Tabell 1):

**Tabell 1. Resultat för målgrupperna.**

	<b>RÄDSLOR</b>	<b>RISKER</b>	<b>HOT</b>	<b>FÖRETRÄDARSKAP</b>
<b>Sociala problem:</b>	Ensamhet, snäva sociala relationer, bristande nätverk, ohälsosam situation	Känner ingen, ingen stöd, utanförskap, övergivenhet, marginalisering	Marginalisering, isolering, skam, nätverk saknas	Resursförstärkande metoder, handleda, stödja, finna rätt resurs, intervention, stödja individen att hitta nätverk
<b>Hälsa:</b>	Brådska, olyckor, egen hälsa försämrats	Stress, ångest, upplevelse av dålig hälsa, missbruk	Alkoholmissbruk, självdestruktivitet, mentala problem	Identifiera och observera behov av vård och stöd
<b>Ekonomi:</b>	Pengar räcker inte till, materiella problem	Ekonomi försämrats, stöd dras in om man inte kan eller vill ta emot arbete	Socioekonomisk status, låg livskvalitet	Handledning, stöd, uppmuntran, information om stödmöjligheter
<b>Livskontroll:</b>	Inte kunna hantera situationen, hjälplöshet, maktlöshet	Överbelastning, ingen struktur på dagen	Osäkerhet, stigma, marginalisering	Mångprofessionellt nätverksarbete, handleda till delaktighet, lågtröskelplatser
<b>Splittrad offentlig sektor:</b>	Inte mod eller råd att söka hjälp	Hälsa försämrats, ökad sårbarhet	Sjukdomar och problem ökar, maktlöshet	Koordinera, stöda, - handleda, känna individen; matcha resurser och behov
<b>Behov och resurser möts ej:</b>	Bli sjuk och inte få hjälp, att man inte vet vart man ska vända sig	Att inte få stöd/hjälp vid rätt tidpunkt	Bli osynlig för samhället	Mångprofessionellt nätverksarbete, handleda till delaktighet, lågtröskelplatser

Målgrupperna, närståendevårdare och långtidsarbetslösa har olika livssituationer och livsvillkor men konfronteras med liknande risker, rädslor och hot. Företrädaren handleder, stöder, informerar och uppmuntrar mot målet att hitta de rätta resurserna för att stöda

individen. En av kategorierna som stiger fram såväl i teorianalys som i dataanalys är att behov och resurser inte möts på ett tillfredsställande sätt, vilket innebär att individen inte får den hjälp som hens individuella, specifika livssituation skulle kräva och att samhällets resurser ödslas på något som inte hjälper. Det är alltså såväl på ett samhälleligt och ett individuellt plan av intresse att individens behov och samhällets resurser möts bättre. För att kunna stöda en individ, som har en specifik livshistoria och livssituation krävs att företrädaren har en god och mångfacetterad kännedom om individen i fråga.

## **5 Produktens utgångspunkter**

Vi har tillsammans analyserat tidigare forskningar samt empiriska data vi samlat in från träffarna med målgrupperna. Vi har utgått från de rädslor, risker och hot våra målgrupper möter och utgående från våra analyser har vi funnit att målgruppernas behov och resurser inte möts. Genom att behov och resurser möts på ett bättre sätt kan man även närma sig den övriga problematiken som målgrupperna är utsatta för. Därför har vi valt att satsa på resursförstärkande och lösningsfokuserade metoder samt empowerment i vår produkt. Detta anser vi utgående från resultaten att är viktigt för att individerna i våra målgrupper skall ges möjlighet till en bättre vardag. I det följande öppnar vi upp dessa begrepp ytterligare.

### **5.1 Empowerment**

Livets mening eller förmågan att hitta mening och riktning utgående från egna upplevelser, sätta upp mål och sträva efter dem, har sin grund i situationer då man har det svårt. Ett gott liv är inte frånvaron av negativa känslor utan det hur man handskas med utmaningar, hur man reagerar på dem och övervinner dem. (Aspinwall, 2006, s. 286-287).

Inom empowerment används begreppet ”styrkeperspektiv” – styrkan finns i och kring individerna och deras miljöer. Empowerment har tre viktiga uppdrag: Utveckla en positivare uppfattning om jaget. Samla kunskap för att kritiskt kunna granska den sociala och politiska verkligheten och att förbättra resurser och strategier för att utveckla mer funktionella kompetenser. (Moula, 2009, s. 19).

Empowerment kan även definieras som bekräftelse. En människas förmåga att möta de egna behoven kan främjas och förbättras genom empowerment. Empowerment kan hjälpa till att lösa problem, det kan också användas som stöd då man tar i bruk sina egna resurser

vilket kan krävas för att man ska känna att man har kontroll över sitt eget liv. (Tveiten & Knutsen, 2010, s. 333).

Empowerment kan vara såväl strukturell som psykologisk. Om högklassig strukturell empowerment föreligger, har vårdgivaren större tillgång till stöd, resurser, information och möjligheter att lära och utvecklas. Vårdarens uppfattning om strukturell empowerment har visat sig ha ett samband med patientens tillfredsställelse med vården och graden av individuella lösningar i vården. Strukturella komponenter i arbetet relaterar till psykologisk empowerment vilket i sin tur påverkar hur innovativ man är, hur mycket arbetet belastar, tillfredsställelse och utbrändhet. Psykologisk empowerment är vårdarens subjektiva känslor gällande den egna rollen i vårdarbetet. Psykologisk empowerment kan indelas i fyra områden. Det första är meningsfullhet, d.v.s. hur värdefullt syftet med arbetet är i förhållande till individens egna ideal. Det andra området är kompetens: individens uppfattning om sin egen kapacitet att utföra arbetet med skicklighet. Det tredje är att definiera sig själv: individens känsla av att själv kunna initiera och påverka arbetsmetoder och –processer. Och som fjärde i vilken utsträckning man själv kan påverka strategiska eller administrativa frågor eller påverka målen för verksamheten. Genom interventioner som förbättrar vårdarens upplevelse av psykologisk empowerment, förbättrar man även deras tillfredsställelse med arbetet. (Engström, et al., 2010, s. 15, 21).

### **5.1.1 Empowerment i socialt arbete**

Empowermentorienterat socialt arbete baseras på den enskilda individens egna önskningar, förhoppningar och mål. Socialarbetarens uppgift är att stöda individen för att tillsammans upptäcka och förbättra individens förmåga att lösa problem samt nå uppsatta mål. Modern neurovetenskaplig forskning stöder socialvetenskapens upptäckter om att empowerment är viktigt. Sociologins Thomas-teorem innebär att om en människa definierar en situation som verklig så blir den det i sina konsekvenser. Detta har sin motsvarighet i neurovetenskapen. Det är bara i den mån som ord och meningar producerar förändringar i vår hjärna som en annan människas ord medför förändringar i vårt medvetande. Det finns inom det sociala arbetet en stark tro på att om förutsättningarna är goda så kan människan själv fatta kloka beslut som rör det egna livet. (Moula, 2009, s. 13-14).

Det socialpedagogiska arbetet är också ett "identitetsarbete". Man hjälper individen att bygga sin identitet genom att bearbeta sin livshistoria, analysera sin livssituation och gestalta sin framtid. (Hämäläinen 1999, s.69). Det finns olika empowermentmodeller. Man



kan t.ex. fokusera på individens nuvarande situation, stödja på vägen mot en önskad situation och ta hänsyn till resurser och hinder. En annan modell tar hänsyn till ”utmaningar”, resurser, möjligheter, beslut och slutligen planering och genomförande. En tredje empowermentmodell lyfter fram kopplingen mellan värderingar och teorier och också intervention och problemlösning. Sedan fokuserar man på att definiera problem, förstå situationen, formulera ett mål och slutligen planering och genomförande. Moula lyfter fram brister i ovanstående empowermentmodeller för att de inte skiljer mellan önskningar och mål och inte heller tar upp hur individer ska välja mellan olika alternativ. (Moula, 2009, s. 45-47).

Kärnan i socialt arbete är empowermentorienterad dialog och Moula (2009, s. 48, 50) utarbetade en ny modell som fick namnet empowermentmodellen. Först ska den allmänna och konkreta situationen definieras, sedan definieras problemet. Varje människa är expert på sin livssituation och socialarbetaren är expert på sitt område. Det andra steget är att skapa en bild av den önskade situationen, vad är det individen vill förändra? För det tredje ska man söka efter olika alternativ. Vilka alternativ finns det? Vilka blir konsekvenserna, vilka är resurserna och hindren? För det fjärde ska individen välja ett alternativ. Dialogen ska fortsätta tills individen vet vad hen vill. Sedan formuleras ett mål och en plan för genomförande. Allra sista skedet är utvärderingen.

### **5.1.2 Empowerment i vården**

Empowerment är viktigt för såväl sjukvårdspersonal som för individen. Empowerment definieras som förmågan att samla resurser, stöd och information. För att få arbetet gjort på ett meningsfullt sätt behövs empowerment. Det finns två typer av strukturer beträffande empowerment: Maktstruktur och struktur gällande möjligheter. Maktstruktur handlar om hurdan tillgång man har till resurser, stöd och information. Med resurser avses pengar, material och belöning. Stöd handlar om positiv feedback och effektivitet. Med information avses den kunskap som är nödvändig för att man ska kunna utföra ett jobb på ett meningsfullt sätt, det handlar även om den tekniska kunskapen. Struktur gällande möjligheter handlar om de kunskaper och färdigheter som personalen har tillgång till i sitt arbetsförhållande. (Laschinger, et al., 2010, s. 5). När vårdgivaren har en hög strukturell empowerment ökar chansen för stöd och information samt möjligheten till utveckling och lärande (Engström, et al., 2010, s. 15).

Vid empowerment är det avgörande att sjukskötaren har en god struktur i sitt arbete och en bra relation till andra individer. Om detta äventyras så blir säkerheten och vården lidande. (Hughes, et al., 2015, s. 2126). Inom hälso- och sjukvården ska man se patienten som en självständig individ. Individens självkontroll, självförmåga och utveckling ligger på en individuell nivå inom empowerment. (Tveiten & Knutsen, 2010, s. 333).

Det har forskats i hur man kunde stärka närståendevårdare, speciellt de som sköter den palliativa vården i hemmet. Man utförde undersökningen med fokusgrupper där professionella från vårdteam som arbetar med palliativ vård undervisade grupper av närståendevårdare. Speciellt lyfte man fram att närståendevårdaren borde tänka på det egna psykiska, emotionella och andliga välmåendet. Men också praktiska färdigheter och planer för hur göra då den anhörigas hälsa blir sämre. För att närståendevårdaren skall kunna klara av att vårda behöver de bli stödda till empowerment. Närståendevårdaren kan behöva stöd av en professionell från social- och hälsovården för att kunna se och lyfta fram sina resurser och genom empowerment känna att de har kontroll över sin situation och över de beslut som måste fattas. Att få undervisning kan också ses som empowerment för närståendevårdare genom att det ger en känsla av kontroll och deltagande i olika processer. Även i denna studie kom man fram till att närståendevårdarna lever under stort tryck, såväl fysiskt som psykiskt. Man understryker att närståendevårdarna behöver hjälp med att komma loss från vårdssituationen och bli bättre på att be om hjälp av anhöriga eller andra frivilliga. Men det behövs också utomstående hjälp att genom empowerment kunna se och utnyttja sina egna resurser. (Angelo, et al., 2013, s. 383-387).

Många närståendevårdare saknar tidigare erfarenhet av närståendevårdarrollen. Därför behöver de bästa möjliga stöd för att klara rollen och kunna stöda vårdtagaren. För att närståendevårdarna ska klara sin uppgift behövs empowerment. Den kommunala hälsovården kom fram till att närståendevårdare behöver hjälp med att skapa verktyg för att dagligen vika tid även åt sig själva, praktiska vårdinstruktioner för just deras individuella situation, men också kunskap för att bättre kunna förhålla sig till den anhörigas annalkande död. (Angelo, et al., 2013, s. 387).

Professionella inom palliativ vård beskrev hur man kan nå positiva resultat genom uppmuntran och utbildning av närståendevårdarna. Empowerment är en process där man ger goda verktyg, resurser och en miljö som kan byggas på och utvecklas samt förmågan att sätta upp mål och nå dem. Empowerment sågs i forskningen som ett sätt att stöda närståendevårdare att skapa en kreativ fritid, att delta i fysiskt, andligt och emotionellt

givande aktiviteter, hjälpa dem att hitta service för att få vila, eller få stöd från staten, familjen, vänner eller volontärer. (Angelo, et al., 2013, s.386).

## **5.2 Sociokulturell inspiration**

Kurki (2000, s. 97) beskriver de metodologiska stegen i sociokulturell inspiration, en inriktning inom socialpedagogiken, vars principer påminner om empowerment. Första steget är att analysera de behov, resurser, situationer, dåd, styrkor, motkrafter och samarbetsmöjligheter som finns i målgruppen. Så får man grundläggande information om den sociala verklighet som ska förändras. Viktigt är att också känna till vilka uppfattningar, t.ex. idéer, motiv, positiva och negativa värderingar som individerna har om verkligheten i fråga och som styr deras beteende. Det andra steget är att gestalta en vision om forskningshelheten, en vision som bygger på för handen varande samhälles berättelse. Dessa två steg ska hjälpa att kritiskt tolka verkligheten, vilket är det tredje steget. Fjärde steget är att lyfta och stärka individernas nivå av medvetenhet. Det femte steget är att gruppen får en ny och bättre berättelse, en alternativ historia. Sociokulturell inspiration är att man på basis av forskningsresultaten kommer till en diagnos av situationen. Utgående från det sker ett arbete med att skapa sociala interventioner och aktiviteter som genomförs och sedan evalueras.

## **5.3 Resursförstärkande metoder**

Nedan vill vi lyfta fram olika resursförstärkande metoder som vi anser ha relevans då man stöder och utvecklar individers resurser.

### **5.3.1 Lösningfokuserade metoder**

Hurdana utmaningar har individen lyckats klara tidigare? Hur gick individen till väga då? Att lyfta fram förmågor, resurser och tidigare framgångar ger hopp och tillit till att man kan lyckas även i framtiden. Hoppet som då föds stärker motivationen. Det förflutna granskas inte ur misslyckandenas synvinkel utan som en källa till inläring och erfarenhet. (Hirvihuhta, 2011, s. 26-27). Vilka andra förmågor behöver individen? Var och hur kan man lära sig det? Vem kan vara en mästare och modell för det kunnandet? Vad kan man uppnå genom att ändra på det egna sättet att fungera och verka? Det är bra att förbereda sig på att det kan komma motgångar och till exempel skriva ner vad man kan göra då. Vem kan hjälpa om det går på tok och vad har man lärt sig av tidigare motgångar? Hur har man

tacklat och genomlevt tidigare motgångar? När har man senast lyckats i någon motsvarande situation? Hur lyckades man då och vilka egenskaper hjälpte i den situationen? Den lösningsfokuserade metoden har som tanke att alla individer har tankar och idéer som kan användas för utveckling och problemlösning. Miniberöm är då företrädaren lägger märke till och reagerar på individens små framgångar. Ord och val av ord inverkar på hur det som diskuteras utformas i växelverkan och på hur det uppfattas av den som tar emot orden. Orden och budskapet inverkar också på den som uttalar dem. Ett bra val av ord gör bandet mellan interlokutörerna starkare och inger hopp om framtiden. (Hirvihuhta, 2011, s. 30-33, 35, 40-42, 45).

### 5.3.2 Positiv psykologi

Antalet forskare inom psykologi, som är intresserade av positiva aspekter såsom hälsa och välmående i stället för negativa aspekter såsom ångest och sjukdom, ökar (Aspinwall, 2006, s. 21). Positiva känslor är viktiga - det låter banalt, men det har ett givet samband med ett bredare välmående, att lyckas och nå sina mål, fysisk hälsa, iakttagelseförmåga, minne, inlärning och t.o.m. en påverkan på generna (Uusitalo-Malmivaara, 2014, s. 21-22).

Positiv psykologi fick sin början år 2000 i och med ett inlägg i tidningen *American Psychologist* av professorerna Martin Seligman och Mihail Csikszentmihályi. Seligman hade insett att hans uppgift som psykolog och förälder inte var att korrigera brister utan att stärka förefintliga resurser. Tänkande och beteende står i fokus och det centrala är att diagnosticera det goda och hitta styrkor i varje individ, med hjälp av vilka såväl individen som samfundet mår bättre. Det är viktigt då man bygger en psykisk grund så att man klarar av svårigheter och kan nå sin fulla potential. Det subjektiva välmåendet eller lycka står i fokus för forskningen. (Uusitalo-Malmivaara, 2014, s. 18-19). Detta berör även Dambrun och Dubuy (2014, s. 75-87), som skriver att positiv psykologi kan ses som ett sätt att öka individens välmående och lindra symtom på depression. I en intervention med positiv psykologi som grund, bearbetas de positiva delarna av individens personlighet, känslor, kognitioner och beteenden genom olika aktiviteter och övningar.

Enligt Bredda och byggteorin (*The broaden-and-build theory of positive emotions*) av Fredrickson förutspår positiva känslor, genom deras effekt att bredda tänkandet, ökningar i positivt tänkande. Det är en positiv spiral som leder till emotionellt välmående. Negativa känslor i sin tur leder till allt snävare, pessimistiskt tänkande som i sin tur leder till ännu negativare känslor. Det har också betydelse inom vården. Individerna njuter av sitt

förbättrade emotionella välmående men bygger också på sina verktyg för att klara av kommande motgångar. Vårdpersonal som får till stånd positiva känslor, t.ex. genom att fråga deprimerade individer om bästa stunderna i deras tidigare liv eller korrelerar interventioner med patienters positiva perioder kan öka patienternas möjligheter att lära sig terapibaserade förmågor och dessutom få det att ske snabbare. Positiva känslor gör alltså mer än känns bra enbart i stunden, det ökar också sannolikheten för att individen ska må bra även i framtiden. Dessutom är det förbundet med en uppåtgående spiral som länkas till det breddade tänkande som hänger samman med positiva känslor. Enligt bredda och byggteorin har positiva känslor en tendens att ackumulera. En positiv känsla kan breddas till att förbättra oddsen för att individen ska finna en positiv innebörd i kommande händelser och känna fler positiva känslor. En dylik positiv spiral kan på sikt bygga psykiska resurser och göra individens liv bättre. (Fredrickson & Joiner, 2002, s. 175).

Kärlekens mikrostund är då man delar värme och känner samhörighet med en annan levande varelse. En mikrostund av kärlek breddar medvetenheten om omgivningen, till och med uppfattningen om självet. Förmågan att verkligen se andra individer förbättras. Varje positiv mikrostund knyter individen starkare till nätverket, relationerna och familjen. Man kan öva sig i mikrostunder till exempel genom att söka tre tillfällen att skapa god kontakt, dela tankar och känslor med den andra. Man kan visa uppmärksamhet, skapa en känsla av trygghet genom ögonkontakt, konversation och när det är passande, beröring. Att utveckla sina intentioner att söka och skapa fler mikrostunder kan vara ett redskap för att förbättra hälsa och välmående. (Fredrickson, 2013, s. 10, 16, 30, 101).

### **5.3.3 Motivation och välmående**

Att leva längre är förknippat med ett bra välmående. Det finns även en koppling mellan psykologisk hälsa och välmående, då man anses ha ett bra välmående så minskar de psykologiska problemen och då man har ett sämre välmående så påverkas hälsan negativt. För att kunna ge individen bra vård är det viktigt att fokusera på välmående. Inkomst, materiella ting och jobb är komponenter av välmående som kan mätas objektivt, dock kan inre välmående ibland väga mer än objektiva ting. (Barley & Lawson, 2016, s. 2).

Genom positiv psykologi ändras fokus från det som fungerar dåligt eller inte alls till positiva känslor och optimalt fungerande. Man kan säga att positiv psykologi tar fram individens positiva egenskaper, psykologiska styrkor och tillgångar. Syftet är att öka

förståelsen och främja tillväxt för individen, i olika gemenskaper och på samhällelig nivå. (Kobau, et al., 2011, s. 1).

Människan är till sin natur i grunden aktiv. Vi är livskraftiga, självstyrande och proaktiva men olika miljöfaktorer kan försvaga dessa egenskaper. Man kan också motiveras av yttre faktorer, om man till exempel får en belöning gör man kanske det som krävs för det, men verksamheten är inte belönande i sig. Inre motivation kommer å sin sida inifrån människan. Man är motiverad att göra något och gör det gärna och av egen fri vilja oavsett om man får en belöning eller en bestraffning. Yttre källor för motivation gör inte att vi mår bättre, medan inre källor gör det. (Uusitalo-Malmivaara, 2014, s. 45-46). När den som ska motivera försöker påverka människor genom hot, deadlines, krav, yttre omdömen och mål så minskar den inre motivationen. Människan vill inte vara beroende av yttre påverkan utan vill själv ha kontroll över sitt liv. (Ojanen, 2014, s. 77-78).

Frivillighet, kompetens och samhörighet är faktorer, vars närvaro eller frånvaro i en individs liv, förklarar det mesta av välmående och inre motivation. Frivillighet (autonomy) är att individen är fri att bestämma om sina egna göranden och förutsättningen för detta är friheten att välja och verka. Kompetens (competence) är att individen upplever sig kunna saker och få saker till stånd. Slutligen samhörighet (relatedness) uppstår då individen upplever att hen bryr sig om andra och andra bryr sig om individen. Till dessa tre har också termen benevolence (att göra gott) förknippats. Det innebär att individen har en positiv och inte en negativ inverkan på den andre. Forskning tyder på att det att göra gott åt andra inverkar positivt på individens välmående. (Uusitalo-Malmivaara, 2014, s. 48-50).

Människan mår bra i flocken. Det gör bokstavligen ont att bli utanför, känna sig utesluten, isolerad och utfryst. Då forskare fotograferat hjärnan har man upptäckt att det att vara utesluten ger samma upplevelse som fysisk smärta. Vi människor är starkt anknutna till varandra. Positiv psykologi kan beskrivas som en psykologi för accepterande gemenskap. (Uusitalo-Malmivaara, 2014, s. 136-137).

Resiliens hänvisar till individens förmåga att anpassa sig till motgångar, trauma eller kriser på ett konstruktivt sätt. Det är att försöka på nytt och inte ge upp. Det är enligt forskning inte ett karaktärsdrag utan en dynamisk process som man kan träna med hjälp av övningar. Optimism, god problemlösningsförmåga, känslan av att man kan, förmågan att kontrollera sina känslor och förmågan att se misslyckanden som inläringstillfällen är faktorer, som verkar ha ett samband med resiliens. (Uusitalo-Malmivaara, 2014, s. 330).

### 5.3.4 Aktiviteter och interventioner

Till och med kortvariga positiva känslor kan producera resurser som nya idéer och relationer, men också bredda tänkandet och skärpa koncentrationen. Nya idéer kan ge upphov till nya verksamheter och sålunda skapas en positiv spiral som för mot blomstring, resiliens och psykiskt välmående. Positiva aktiviteter som att regelbundet vara tacksam, optimistisk, vänlig och meditera är aktiviteter som tar kort stund att göra, man kan göra dem själv och de stigmatiserar inte. De främjar positiva känslor, tankar och beteende i stället för att fokusera på negativa känslor, tankar och beteenden. (Layous, 2011, s. 677).

Då omgivningen ger feedback stärks individen i sin uppfattning om sina styrkor. Eftersom medvetenheten om de egna styrkorna är viktiga för självuppskattningen är det viktigt att varje individ skulle få hitta och identifiera de egna styrkorna. (Uusitalo-Malmivaara, 2014, s. 277).

Optimism anses ha ett samband med goda resultat i livet. Det finns teorier enligt vilka nyttan med optimism har att göra med strävan att uppnå långsiktiga mål. Optimister ser sina möjligheter i ett fördelaktigt ljus och fortsätter att sträva mot sina mål. Risken finns att optimisten bortser från objektiva fakta om den omgivande världen och fortsätter att sträva efter ett mål som hen inte kan nå. Forskning har dock visat att det till optimismen hör en större, inte mindre, benägenhet att fästa uppmärksamheten vid relevanta, negativa omständigheter. Dessutom hör det till optimismen en flexibilitet att förändra beteendet utgående från de problem man möter. Optimism, som handlar om flexibel problemlösning, är inte ett karaktärsdrag utan något som man kan lära sig att bli bättre på och få sina styrkor att växa. (Aspinwall, 2006, s. 25).

Individen reagerar på svårigheter på olika sätt beroende på karaktärsdrag men också mål, strävanden och sätt att anpassa sig. Den tredje nivån utgörs av individens livshistoria, där traumatiska upplevelser framträder. Man kan stöda människor att berätta positiva berättelser, det kallas narrativ terapi. Traumatiska händelser som individen kan berätta om är inte lika farliga för hälsan som sådana incidenter som man inte förmår tala om. Man måste inte berätta muntligt, det hjälper också att skriva ned det som hänt. (Ojanen, 2014, s. 347-348).

Människor som går igenom olika trauman och lidanden anser ibland efteråt att erfarenheterna trots allt har varit värdefulla. T.o.m. i den utsträckningen att de inte skulle vilja vara utan dessa lidanden. Fenomenet kallas posttraumatic growth, PTG,

posttraumatiskt växande. Forskning visar att individen efter lidandet inte bara återgår till sitt tidigare varande utan kan finna en helt ny, upplyst synvinkel på sitt liv och sig själv. Som en följd av lidandet kan individen bli bättre på att leva sig in i andra människors smärta, bli mer empatisk och älska modigare. Processen är dock psykiskt tung. Människan har ett nästan patologiskt behov av att kontrollera allt och motgångar upplevs som hot som borde undanröjas till varje pris. Motgångar kan ändå inte undanröjas och med rätt attityd och tillräckligt socialt stöd kan porten öppnas till ett själsligt växande som vi kanske annars inte hade varit med om. (Uusitalo-Malmivaara, 2014, s. 331-332).

Interventioner där man utgår från metoder som bottnar i positiv psykologi hjälper individer att öka sitt positiva tänkande, känslor och beteende. Man talar om PAI (Positive Activity Intervention), interventioner med positiv aktivitet, vars syfte är att hjälpa individer att uppleva positiva tankar, känslor och beteenden. (Layous, 2011, s. 675).

Det kan skydda dem från att känna sig nedstämda, t.o.m. få dem att blomstra. Det har forskats i positiva övningar som t.ex. att skriva brev som uttrycker tacksamhet, tänka på de goda sakerna man har i sitt liv, utöva optimism, vara vänlig mot någon, tänka positiva tankar om andra och använda sina viktigaste styrkor. Dessa övningar lär individerna att öka sina positiva tankar, känslor och beteende utan professionell hjälp, vilket får dem att må bättre. På detta sätt kan de känna att de själva inverkat positivt på sitt mående, inte så att en annan aktör (t.ex. en terapeut eller en medicin) gjort det. Detta är empowerment och oerhört viktigt eftersom det att känna sig självständig är ett centralt psykologiskt behov. Att behandla individer genom positiva interventioner stöder såväl individens välmående som andra livsområden, t.ex. hälsa, kreativitet och relationer. (Layous, 2011, s. 676-677).

I en forskning ville man studera effekten av positiv psykologi hos långtidsarbetslösa, eftersom man ansåg att det inte är bra för den mentala hälsan eller välbefinnandet att vara arbetslös, men också för att inga studier tidigare gjorts kring positiv psykologi och målgruppen. I studien deltog 21 franska långtidsarbetslösa, varav majoriteten varit över ett år arbetslösa. Alla deltagarna hade tidigare haft ett arbete och de hörde till en grupp som fick hjälp i arbetssökande. Deltagandet var frivilligt och deltagarna delades in i två grupper. Den ena gruppen, 12 personer, deltog i en ledd positiv psykologi-intervention under två veckor och den andra delen var jämförelsegrupp, där medlemmarna medverkade i den vanliga verksamheten för arbetssökande. Alla svarade på frågeformulär. Man kunde konstatera att redan en två veckor lång intervention med positiv psykologi hade en positiv effekt på den mentala hälsan och speciellt på depressionssymtom. Man kunde konstatera



att positiv psykologi med fördel kan användas för att öka långtidsarbetslösa individers mentala välmående. Detta kan också gälla för andra socialt stigmatiserade grupper i samhället. (Dambrun & Dubuy, 2014, s. 75-87).

## 5.4 Produktutveckling

Efter att ha fördjupat oss i närståendevårdares och långtidsarbetslösas situation, såväl genom artiklar, litteratur och fokusgruppernas svar, har vi kommit fram till att det föreligger liknande utmaningar i bägge målgrupperna. Ekonomin blir ansträngd och de sociala problemen såsom isolering och hopplöshet ökar. Hälsan försämras och livskontrollen minskar. Den splittrade offentliga sektorn är ytterligare en orsak till att behov och stödinsatser inte möts på bästa sätt.

Med hjälp av Voimanpesä-häftet (Bilaga 4.) vill vi kartlägga målgruppernas resurser för att de ska kunna stärkas och utvecklas. Häftet finns även i en finskspråkig version (Bilaga 5.) Målgruppernas företrädare, socionomer och sjukskötare ska identifiera de stödinsatser inom social och hälsovård som målgrupperna behöver. För att kunna göra det, måste företrädarna känna individerna väl. Det är också viktigt att resurserna sätts in i ett tidigt skede innan risker, rädslor och hot blir verklighet i målgruppernas liv. Vi utvecklar en metod som både individen och företrädaren kan ha glädje och nytta av. Till metoden hör handbok (Bilaga 6.) dessutom har vi en finskspråkig version av densamma (Bilaga 7.).

Genom att individen utforskar sin livssituation, kartlägger nätverk, styrkor, utmaningar, hot, rädslor, risker kan hen hitta ett mål att sträva vidare mot och också fundera ut vilka stegen kunde vara för att nå målet. Då företrädaren är med i processen, kan hen få en god helhetsbild av individens situation, för att därmed kunna stöda individen med skraddarsydda insatser för att individen ska nå sitt mål. Detta sker genom en kartläggning av livssituationen, varpå man också kan hitta nya resurser och sådana som glömts bort eller sådana som inte tidigare identifierats som resurser. Livssituationen är också något man kan skissa på två och två, vilket innebär att två individer kan bekanta sig med varandras situation, finna likheter, kanske t.o.m. kunna stöda varandra, känna igen utmaningar och styrkor hos varandra. Så kan behoven och stödinsatserna mötas bättre och individen kan finna och känna igen sina egna styrkor och utmaningar för att lättare kunna finna sitt mål och sin väg framåt mot en bättre vardag. Interventioner med utgångsläge i empowerment och olika resursförstärkande metoder har sålunda utarbetats för att bli utgångspunkten för vårt handledningsunderlag Voimanpesä. ( Bilaga 4).

## 6 Forskningsetik

Som forskare i samhällsliga frågor kommer man oundvikligen i kontakt med människor. Man möter dessa människor direkt i intervjusituationer eller under observationer. Relationer mellan människor leder till att etiska frågor aktualiseras. Det kan gälla förhållandet mellan forskaren och de människor som studeras i ett projekt. Frågor om forskningsdeltagarnas integritet och anonymisering är också viktiga. (Ahrne & Svensson, 2011, s. 30).

I forskningsetiken finns det fyra huvudprinciper, som man alltid bör beakta: den nationella lagstiftningen bör alltid följas, man bör inte vilseleda deltagaren, deltagaren bör vara medveten om att deltagandet är frivilligt och därmed bör man skydda deltagarens intressen (Denscombe, 2016, s. 428). Konfidentialitet, en ytterst viktig princip, innebär att uppgifter som i forskningssyfte samlats in om enskilda individer ska redovisas och bevaras så att ingen utomstående kan identifiera forskningsdeltagarna. Man talar också om nyttjandekravet, det att personuppgifter som insamlats för forskningen, inte får användas för åtgärder som direkt påverkar individen i fråga och får inte heller användas för kommersiellt syfte (Ahrne & Svensson, 2011, s. 31). Dessa uppgifter får användas enbart för forskningsändamål. Genom informationskravet måste man som forskare berätta för de berörda om undersökningens syfte. Enligt samtyckeskravet har varje deltagare rätt att bestämma om sin medverkan. (Patel & Davidson, 2011, s. 63). Dessa punkter går långt hand i hand med den etiska grunden för arbete inom social- och hälsovården.

Den etiska utgångspunkten för aktörer inom social- och hälsovård handlar om att de grundläggande rättigheterna, självbestämmanderätten och friheten hos klienten ska respekteras. Grunden för varje verksamhet inom social- och hälsovård är att man har respekt för människovärdet och människan. Växelverkan mellan klient och yrkesutövare är en viktig del, det ska alltid finnas en ömsesidig respekt, ärlighet och mänsklighet. (Etene, 2011, s. 6, 9). Man måste minnas att enskilda människors välfärd är viktigare än samhällets och vetenskapens behov (Ahrne & Svensson, 2011, s. 31).

En medlem ur vår examensarbetsgrupp har deltagit i såväl Learning Café med långtidsarbetslösa som i fokusgruppintervju med närståendevårdare. Båda tillfällena har varit färdigt arrangerade och deltagarna har av andra fått information om att de studerande som medverkar har som mål att utveckla metoder som kunde hjälpa dem. I mötet med individer i olika livssituationer har det visats respekt inför deras situation, deras åsikter och

man har iakttagit principen om alla människors lika värde. Examensarbetsgruppen har inte kunnat påverka deltagarnas sammansättning i de olika grupperna. Inte heller har det varit aktuellt att samla in personuppgifter, så deltagarna har kunnat vara anonyma. På det sättet kan vi garantera anonymitet och konfidentialitet. Deltagandet har varit helt frivilligt och man har klargjort att uppgifterna används endast för examensarbetet. Därefter förstörs de. Deltagarna har möjlighet att få tillgång till examensarbetet då det är färdigt.

Yrkesgrupper inom social- och hälsovård bör uppdatera sin kunskap så att arbetet kan förbättras och utvecklas. Som yrkesverksam person möter man olika människor i sitt arbete, man får se livssituationer ur olika perspektiv. Målet är alltid att man ska erbjuda god service, omsorg och vård. (Etene, 2011, s. 6, 8). De etiska principerna är viktiga i vårt examensarbete. Genom examensarbetsprocessen har vi kunnat erfara att våra målgrupper har olika livssituationer och vi har sett dem ur flera olika perspektiv. Detta har gett oss ökad kunskap. I samarbete med arbetslivsrepresentanterna, som tagit del av examensarbetets process, har vi fått en inblick i arbetslivet genom de erfarenheter och goda råd de kunnat erbjuda oss på vägen. Vi har fått värdefull information som kan användas förutom i detta examensarbete också i vårt kommande yrkesliv. Vi har genom samarbetet mellan det sociala- och vårdområdet kunnat se vikten av ett gott samarbete över professionsgränserna. Detta har vi nytta av i våra kommande professionaliteter där vi alla arbetar för att individen får god omsorg, service och vård.

Då vi bemöter våra klienter har vi ett etiskt ansvar att klara av att lyssna och acceptera att det finns olikheter. Den hjälpbehövande bör ges möjlighet att beskriva sin situation så väl som möjligt. (Etene, 2011, s. 24). Detta bör vi respektera i våra kommande yrkesliv, inte endast i examensarbetsprocessen. Som professionella skall vi kunna känna igen individers rädslor, risker och hot samt agera som olika målgruppers företrädare. Vi behöver också inse och acceptera att inom målgrupperna är alla individer med olika mål, behov och begär.

## **7 Kritisk granskning**

Pålitligheten i vetenskaplig forskning kan endast vara trovärdig om den sköts med en god vetenskaplig praxis. Med en god vetenskaplig praxis menas allmän omsorgsfullhet, hederlighet och noggrannhet gällande dokumentering och presentation av resultatet. Varje enskild forskare är ansvarig för att god forskningspraxis följs. (Tenk, 2012, s. 18). När det handlar om pålitlighet så kan man ställa följande fråga ”Om någon annan skulle utföra forskningen, skulle han eller hon då få samma resultat och komma fram till samma

slutsatser?”, dock finns det ingen garanti på att man med 100 procents säkerhet kan få svar på detta. För att vid en kvalitativ forskning få svar på graden av pålitlighet så bör man lägga fokus på att forskningen avspeglar de beslut och den process som andra forskare har granskat. (Denscombe, 2016, s. 411). Metoden, analysen och beslutsfattandet bör vara tydligt redovisat för att säkerställa pålitligheten, det bör framkomma varför man har dragit särskilda slutsatser (Denscombe, 2016, s. 412).

Då man utför en kvalitativ forskning så kan man inte säkerställa att data är absolut rätt, därför används termen trovärdighet. För att läsaren med så stor sannolikhet som möjligt skall kunna tänka att forskningen är exakt och träffsäker kan man använda sig av vissa åtgärder, som är en bekräftelse på att kvalitativa data i undersökningen har kontrollerats med god praxis. (Denscombe, 2016, s. 410) Trovärdighet handlar även om i vilken utsträckning forskningen och dess metoder faktiskt undersöker det som ska undersökas. Om det finns stora brister i analysen och hur man samlat in data så påverkar det hur bra forskaren lyckas undersöka det som skulle undersökas. (Fejes & Thornberg , 2009, s. 218-219).

Vi har konsekvent genom arbetet haft syfte och frågeställningar i åtanke för att skapa en helhet och röd tråd. Våra frågeställningar var ”Hur kan man genom resursförstärkande metoder och empowerment stödja de långtidsarbetslösa och närståendevårdare i deras vardag?” samt ”Hur kan dessa individer få syn på sina resurser, bra saker i livet, som redan finns där och sådant som kan utvecklas och leda till något nytt positivt?

För att skapa en utgångspunkt för tolkning så har vi i teoretisk bakgrund använt oss av uppdaterad forskning gällande långtidsarbetslösa och närståendevårdare, detta för att läsaren ska få en förståelse. Genom att vi har träffat målgruppen personligen så har vi fått svar på hur de upplever att deras situation ser ut med tanke på rädslor, risker, hot och företräderskap. I diskussionsdelen har vi lyft upp rädslor, risker, hot och behov av företräderskap hos våra målgrupper och där diskuterat vad vi lärt oss sedan examensprocessen inleddes.

Som datainsamlingsmetod har vi använt oss av kvalitativ metod, detta för att resultatet ska uppnås på bästa möjliga sätt. Vi anser att det finns ett samband mellan de olika delarna i arbetet. Då vi har analyserat data så har vi haft vår forskningsfråga i fokus. Vi har fått svar på de rädslor, risker och hot som målgruppen upplever att finns. Vi har redogjort för beslut och resultat med noggrannhet. Vi har i arbetet använt oss av olika tabeller för att göra

arbetet mera lättförståeligt och konkret för läsaren. En medlem i vår examensgrupp har varit i kontakt med projektarbetare inom projektet Turvallista tukea, och inom projektets ramar, i en handarbetsgrupp för närståendevårdare provläste deltagare Voimanpesä-häftet utan handledningsunderlag och gav kommentarer till projektledaren. En del produkttestare upplevde att häftet var för långt och att det tog mycket tid att göra och att en del av frågorna var svåra. Häftets kommunikativa funktion blev tydlig även utan instruktioner. Deltagare önskade spontant att man fyller den i tillsammans med en företrädare eller stödperson. Den positiva utgångspunkten uppskattades. Provläsningen ökar trovärdigheten och pålitligheten i arbetet, fast den samtidigt visar, att produktutvecklingen borde fortsättas.

På basen av teori- och dataanalys kunde vi genom resultatkategorier redovisa de rädslor, risker, hot och behov av företräderskap som upplevs hos långtidsarbetslösa och närståendevårdare. Vi anser att resultatet är pålitligt och trovärdigt då vi använt oss av vetenskapliga artiklar samt träffat målgrupperna personligen.

Vi har använt oss av tillförlitliga internetsidor och böcker. Vi har även använt oss av vetenskapliga artiklar i vårt examensarbete, dock har flera av dessa varit på engelska och detta är någonting som i samband med översättning kan medföra risk för fel. Likväl har varit vi ärliga då vi analyserar data, vi har framfört vårt arbete relevant och inte lagt till eller tagit bort information. Eftersom att vi konsekvent genom arbetet haft fokus på vår frågeställning så anser vi att vi har fått svar på den.

## **8 Diskussion**

Syftet med vårt examensarbete var att genom resursförstärkande metoder och empowerment stöda två målgrupper i samhället: långtidsarbetslösa och närståendevårdare. Vi ville få svar på hur man genom resursförstärkande metoder och empowerment kan hjälpa långtidsarbetslösa och närståendevårdare att få syn på sina resurser, styrkor, nätverk, bra saker i livet, som redan finns där och som kan utvecklas och leda till något nytt positivt.

Då vi påbörjade examensarbetet i januari 2017 hade vi inte mycket förkunskap om de långtidsarbetslösas och närståendevårdares situation. Genom forskningsresultat och diskussion med målgrupperna har vi fått en bredare kunskap om deras upplevelser angående rädslor, risker och hot samt om deras uppfattning om företräderskap. Vi har

också kunnat konstatera att examensarbetet har varit av nytta ur ett mångprofessionellt perspektiv. Vi har lärt oss samarbeta över professionsgränserna, diskuterat saker ur olika synvinklar, tagit varandras åsikter i beaktande och kommit fram till slutsatser tillsammans. Dessutom har vi lärt oss nya perspektiv av varandra.

En make eller maka som tar rollen som närståendevårdare kan drabbas av social, psykisk och fysisk påfrestning, detta drabbar i sin tur hälsa, fritid och arbetsliv negativt (Berglund & Johansson, 2013, s. 33). Detta framkommer i flera forskningar, vilket också stämmer överens med våra resultat. Under träffen för Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry blev det tydligt att faktorer så som ensamhet, utmattning, tomhet, brist på egen tid och depression upplevdes som ett hot hos närståendevårdare. Dessa faktorer påverkar det fysiska och psykiska välmåendet samt det sociala nätverket.

Forskning visar också att närståendevårdare kan drabbas av ensamhet, överbelastning och stress. Även känslor som utanförskap, maktlöshet och skuld framkom (Wester, et al., 2013, s. 28). Närståendevårdaren kan också uppleva isolering (Juntunen & Salminen, 2011, s. 4). Detta framkom likaså under träffen för Turun Seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry; närståendevårdare kände rädsla inför att sociala relationer skulle minska och att de skulle bli ensamma då de måste avstå från sin egen tid. Det framkom även tydligt att närståendevårdare kände att de inte hade tid för sig själva, det vill säga att livsrummet krympte.

Det bör läggas mera tyngd på att individuellt anpassa stödtjänster åt närståendevårdare, detta för att skydda mot konsekvenser i omvårdnaden (Toljamo, et al., 2012, s. 271). Under träffen med närståendevårdare efterlyste de skraddarsydda gratistjänster.

Det har visat sig att det är en större risk att drabbas av en låg livskvalitet om man är en kvinnlig närståendevårdare (Ekwall, et al., 2004, s. 246). I nyare forskning framkom det att kvinnliga närståendevårdare i större grad lider av depression, utmattning och stress (Ehrlich, et al., 2013, s. 29). Under vår fokusgruppintervju med närståendevårdare var alla deltagare kvinnliga.

Forskningar har visat att en försämrad hälsa är en risk för sociala problem hos långtidsarbetslösa (Kerätär, et al., 2016, s. 343). En annan forskning pekar på samma sak, om individen inte har ett socialt nätverk så ökar risken att man drabbas av hälsoproblem (Norström, et al., 2014, s. 1311). Som arbetslös har man ingen inkomst och därför har man det ekonomiskt kärvat, vilket i sin tur kan leda till att man inte äter hälsosamt och inte har

råd att göra samma saker som de som har en inkomst, vilket i sin tur kan leda till risk för upplevd försämrad hälsa (Cylus, et al., 2015, s. 321). Vid Learning Cafe framkom det att vid slutet av månaden är den ekonomiska situationen och oron som värst. Långtidsarbetslösa hade problem med byråkrati och samhällets olika krav. Det fanns även en upplevelse av att oroa sig i förväg.

Risken ökar att man som arbetslös inte söker vård och hjälp för att man har det ekonomiskt ansträngt (Åhls, et al., 2012, s. 29-30). Som arbetslös har man heller ingen arbetsplatshälsovård att vända sig till, därför blir man utan en del av ett hälsosystem (Romppainen, et al., 2014, s. 3). Vårdbehovet hos och vården av långtidsarbetslösa möts inte (Åhls, et al., 2012, s. 29-38). Party-projektet har hälsovårdstjänster och individuell planering för långtidsarbetslösa som nuvarande arbetsmodeller.

Det borde sättas in olika åtgärder så tidigt som möjligt då en individ blir arbetslös. Ju längre arbetslösheten fortsätter desto större blir risken att inte komma tillbaka till den öppna arbetsmarknaden. (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2011, s. 10). Då man varit arbetslös en längre tid finns det risk att motivationen att ta emot arbete minskar. Denna risk ökar ju äldre individen är. Dålig upplevd hälsa är en annan risk. (Lötters, et al., 2013, s. 300-308). Vid deltagandet i Learning Cafe framkom det att långtidsarbetslösas vardag kändes tung och att de hade en känsla av skam. Det fanns en känsla av att vara en andra klassens medborgare. Depression och förnekelse var andra känslor som upplevdes hos långtidsarbetslösa.

Långtidsarbetslösa som har ett alkoholmissbruk har oftast även sociala problem. Det är en stor risk att dessa individer inte kan hålla eller ta emot arbete och därmed ökar individens risk för marginalisering. (Paljärvi, et al., 2014, ss. 1-2). Att bli arbetslös i 50-64-års ålder under en ekonomisk recession har befunnits ha samband med ökad alkoholkonsumtion. Att arbetslösheten ökar på en nationell nivå har också visat sig vara förbundet med en ökad, riskfylld alkoholkonsumtion. (Bousque-Prous, 2015, s. 6). Under träffen med långtidsarbetslösa framkom det att brist på lediga arbetsplatser var en anledning till arbetslösheten. Sjukdom och beroendeproblem var andra bakomliggande orsaker. Det framkom även att individerna använde mat, alkohol och läkemedel som en slags resursförstärkande strategi genom ett belöningstänkande. Detta var för oss ett överraskande fynd och ingenting som nämnts i de forskningar vi har läst.

I upprepade forskningar lades det fram att kvinnliga närståendevårdare i större grad lider av en låg livskvalitet i form av depression, utmattning och stress. Detta är någonting det borde forskas mera inom då det inte framkommit varför det är så och vad man kan göra för att förebygga det. Det skulle kunna forskas mera kring orsaker till varför arbetslösa inte återgår till arbetslivet och vilka stödåtgärder som skulle vara viktiga att tillämpa hos denna målgrupp. Intressant kunde vara att forska vidare i orsakerna kring hur livssituationen ser ut för de långtidsarbetslösa som inte finns upptagna i något register. Dessa individer kunde identifieras och kartläggas för att kunna stödas och handledas enligt individuella behov till delaktighet i samhället.

Som blivande sjukskötare och socionomer anser vi, att våra resultat kan tillämpas även utöver de målgrupper vi forskat kring. Varje individ, som behöver hälso- och socialvårdens tjänster, kan ha nytta av ett resursförstärkande arbetssätt. Vår produkt, Voimanpesä, är ett verktyg för att olika individer skall kunna få syn på sina resurser, kunna växa till de individer de har potential att vara och genom empowerment känna att de är herre över sin situation och vardag. Vår tanke är att vår produkt skall kunna tillämpas så mångsidigt som möjligt tillsammans med olika målgrupper med företrädare från social- och hälsovården (se Fiskbensmodell, bilaga 8).



## Källor

- Ahrne, G., & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Ala-Mursula M, B. J. (November 2013). Long-Term Unemployment Is Associated with Short Telomeres in 31-Year-Old Men: An Observational Study in the Northern Finland Birth Cohort 1966. *PLOS ONE* [www.plosone.org](http://www.plosone.org), ss. 1-9.
- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tammerfors: Vastapaino.
- Angelo, J. K., Egan, R., & Reid, K. (2013). Essential knowledge for family caregivers: a qualitative study. *International journal of palliative nursing*, 19(8), 383-388.
- Aspinwall, L. &. (2006). *Ihmisen vahvuuksien psykologia*. Helsinki: Edita.
- Barley, E., & Lawson, V. (2016). Using health psychology to help patients: promoting wellbeing. *British journal of nursing*, 25(1).
- Bell, J., & Wathers, S. (2016). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Berglund, A.-L., & Johansson, I. (2013). Family caregivers' daily life caring for a spouse and utilizing respite care in the community. *Vård i Norden*, 107(33), 30-34.
- Bousque-Prous, M. E. (2015). Job Loss, Unemployment and the Incidence of Hazardous Drinking during the Late 2000s Recession in Europe among Adults Aged 50-64 Years. *PLOS ONE*, 1-13.
- Brown, J., & David, I. (2007). *Das World Cafe*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Bönning, C., Kleibrink, J., & Wesling, J. (2017). Fear of unemployment and its effect on the mental health of spouses. *Health economics*, 26, 104-117.
- Calvo, E. M. (2015). Individual Troubles, Shared Troubles: The Multiplicative Effect of Individual and Country-Level Unemployment on Life Satisfaction in 95 Nations (1981-2009). *Social Forces*, 93(4), 1625-1653.
- Carme Alvira, M., Risco, E., Cabrera, E., Farré, M., Rahm Hallberg, I., Bleijlevens, . . . Zabalegui, A. (2014). The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 1417-1434.
- Chiao, C.-Y., Wu, H.-S., & Hsiao, C.-Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Council of Nurses*(110), 340-350.
- Cullberg, J. (2012). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cylus, J., Glymour, M., & Avendano, M. (2015). Health Effects of Unemployment Benefit Program Generosity. *American journal of public health*, 105(2), 317-323.

- Dambrun, M., & Dubuy, A.-L. (2014). A positive psychology intervention among long-term unemployed people and its effect on psychological distress and well-being. *Journal of employment counseling*, 75-88.
- Del-Pino-Casado, R., Perez-Cruz, M., & Frias-Osuna, A. (2014). Coping, subjective burden and anxiety among family caregivers of older dependents. *Journal of clinical nursing*, 24, 3335-3344.
- Denscombe, M. (2016). *Forskningshandboken* (Vol. III). Lund: Studentlitteratur.
- Ehrlich, K., Boström, A.-M., Mazaheri, M., Heikkilä, K., & Emami, A. (2013). Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of urban and rural areas. *International journal of older people nursing*, 10, 27-37.
- Eklund, A. J. (2013). Sjuksköterskor som patienters företrädare Med huvudsaklig fokus på äldre patienters företräderskap i kommunal hälso- och sjukvård. Karlstad: Universitetstryckeriet.
- Ekwall, A., Sivberg, B., & Rahm Hallberg, I. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Nordic College of Caring Sciences*, 239-248.
- Engström, M., Wadensten, B., & Häggström, E. (2010). Caregivers' job satisfaction and empowerment before and after an intervention focused on caregiver empowerment. *18*(1), 14-23.
- Eriksson, H., Sandberg, J., & Hellström, I. (2012). Experiences of long-term home care as an informal caregiver to a spouse: gendered meanings in everyday life for female carers. *International journal of older people nursing*, 18(2), 159-165.
- Etene. (2011). *Den etiska grunden för social och hälsovården*. Helsingfors: Etene publikationer 33.
- Fejes, A., & Thornberg, R. (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.
- Folkhälsan. (2011). *Närståendevårdarens ABC*. Hämtat från Folkhälsan: [http://www.folkhalsan.fi/Global/Broschyrer%20alla%20i%20pdf/Närvårdar\\_broschyr\\_reviderad2011.pdf](http://www.folkhalsan.fi/Global/Broschyrer%20alla%20i%20pdf/Närvårdar_broschyr_reviderad2011.pdf)
- Folkhälsan. (2016). *Stöd för närstående*. Hämtat från Folkhälsan: <http://www.folkhalsan.fi/narstaende> den 06 02 2017
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (Vol. III). Stockholm: Natur & Kultur.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). POSITIVE EMOTIONS TRIGGER UPWARD SPIRALS TOWARD EMOTIONAL WELL-BEING. *AMERICAN PSYCHOLOGICAL SCIENCE*, 13(2), 172-176.
- Fredrickson, B. (2013). *Love 2.0 How Our Supreme Emotion Affects Everything We Feel, Think, Do, and Become*. USA: Hudson Street Press.
- Garcy, A. M., & Vågerö, D. (2013). Unemployment and Suicide During and After a Deep Recession; A Longitudinal Study of 3,4 Million Swedish Men and Women. *American journal of public health*, 103(6), 1031-1038.

- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hahn, E., Specht, J., Gottschling, J., & Spinath, F. (2015). Coping With Unemployment: The Impact of Unemployment Duration and Personality on Trajectories of Life Satisfaction. *European Journal of Personality*, 635-646.
- Hanks, R. G. (2013). Social advocacy: A call from Nursing Action. *Pastoral psychol*, 62, 163-173.
- Hiilamo, H., & Hiilamo, K. (2015). *Hoivataistelu*. Helsinki: Kirjapaja.
- Hirvihuhta H, L. A. (2011). *Ratkaisun taito*. Vantaa: Tammi.
- Holst, G., & Edberg, A.-K. (2010). Wellbeing among people with dementia and their next of kin over a period of 3 years. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 549-557.
- Houngaard, L., Pedersen, B., & Wagner, L. (2011). The daily living for informal caregivers with a partner with Parkinson's disease – an interview study of women's experiences of care decisions and self-management. *Journal of nursing and healthcare of chronic illness*, 3(4), 504-512.
- Hughes, K.-a., Carryer, J. B., & White, J. (2015). Structural positioning of nurse leaders and empowerment. *Journal of clinical nursing*, 24, 2125-2132.
- Hämäläinen, J. (1999). *Johdatus sosiaalipedagogiikkaan*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Institutet för hälsa och välfärd. (den 02 10 2017). *Närståendevård*. Hämtat från thl: <https://www.thl.fi/sv/web/handbok-for-handikappservice/pa-svenska/startsidan/stod-till-ett-sjalvstandigt-liv/narstaendevard#vem>
- Juntunen, K., & Salminen, A.-L. (2011). *Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Karjalainen, V., & Keskitalo, E. (2013). *Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin*. Hämtat från [http://docplayer.fi/1950703-Katsaus-tyottomyyden-ja-terveyden-valisiin-yhteyksiin.html#show\\_full\\_text](http://docplayer.fi/1950703-Katsaus-tyottomyyden-ja-terveyden-valisiin-yhteyksiin.html#show_full_text) den 21 1 2017
- Kerätär, R., Taanila, A., Jokelainen, J., Soukainen, J., & Ala-Mursula, L. (2016). Work disabilities and unmet needs for health care and rehabilitation among jobseekers: a community-level investigation using multidimensional work ability assessment. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(4), 323-351.
- Kobau, R., Seligman, M. E., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Mental Health Promotion in Public Health: Perspectives and Strategies From Positive Psychology. *American journal of public health*, 101(8), 1-9.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kurki, L. (2000). *Sosiokulttuurinen innostaminen*. Tampere: Vastapaino.

- Kåver, A. (2014). *Social ångest Att känna sig granskad och bortgjord*. Stockholm: Liber.
- Laschinger, H., Gilbert, S., Smith, L., & Leslie, K. (2010). Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of nursing management*, 18(1), 4-13.
- Layous, K. C. (2011). Delivering Happiness; Translating Positive Psychology Intervention Research for Treating Major and Minor Depressive Disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 675-683.
- Lönnqvist, J. M. (2014). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lötters, F., Carlier, B., Bakker, B., Borgers, N., Schurling, M., & Burdorf, A. (2013). The Influence of Perceived Health on Labor Participation Among Long Term Unemployed. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 300-308.
- Marks, I. M. (2007). *Pelko on osa elämää*. Tampere: Prometheus-kustannus.
- McClendon, M. J., & Smyth, K. A. (2013). Quality of informal care for persons with dementia: dimensions and correlates. *Aging & Mental Health*, 1003-1015.
- Mellinger, D., & Jay Linn, S. (2003). *The Monster in The Cave. How to Face Your Fear and Anxiety and Live Your Life*. New York: The Berkeley Publishing Group.
- Mikucka, M. (2013). Does Individualistic Culture Lower the Well-Being of the Unemployed? Evidence from Europe. *Springerlink.com*, 673-692.
- Moula, A. (2009). *Empowermentorienterat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Niemelä, P. &. (2000). *Inhimillinen turvallisuus*. Tallin: Kirjakeskus/Tallprint.
- Norström, F., Virtanen, P., Hammarström, A., Gustafsson, P. E., & Janlert, U. (2014). How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*, 14(1310), ss. 1297-1320.
- Ojanen, M. (2014). *Positiivinen psykologia*. Porvoo: Edita Publishing.
- Omaishoitajat ja Läheiset liitto ry. (2015). *Jag närståendevårdare? En första handbok om närståendevård*. Omaishoitajat ja Läheiset liitto ry.
- Omaishoitajat ja läheiset ry. (2016). *Strategia 2016-2020*. Hämtat från <https://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Strategiaesite.pdf> den 12 4 2017
- Paljärvi, T., Martikainen, P., Leinonen, T., Pensola, T., & Mäkelä, P. (2014). Non-Employment Histories of Middle-Aged Men and Women Who Died from Alcohol-Related Causes: A Longitudinal Retrospective Study. *Plos one*, 9(5), 1-9.
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Payne, M. (2010). *Modern teoribildning i socialt arbete (2 uppl.)*. Stockholm: Natur& Kultur.

- Pereira, H., & Botelho, M. (2011). Sudden informal caregivers: the lived experience of informal caregivers after an unexpected event. *Journal of Clinical Nursing*, 20, ss. 2448-2457.
- Romppainen, K., Saloniemi, A., Kinnunen, U., Liukkonen, V., & Virtanen, P. (2014). Does provision of targeted health care for the unemployed enhance re-employment? *BMC Public Health*, 14(1), 1-13.
- Salecl, R. (2004). *On Anxiety. Thinking in Action*. New York: Routledge.
- Socialstyrelsen. (u.d.). *Analysera risker i hälso- och sjukvården*. Hämtat från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/ledningssystem/analyserarisker> den 02 04 2017
- Statistikcentralen. (2017). *Pitkääikaistyöttömät*. Hämtat från <http://www.findikaattori.fi/fi/37> den 16 1 2017
- Statsrådets kansli. (11 2016). *Handlingsplan för genomförandet av spetsprojekten och reformerna i det strategiska regeringsprogrammet 2015-2019 Uppdatering 2016*. Hämtat från <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/321857/Handlingsplan+f%C3%B6r+genomf%C3%B6randet+av+spetsprojekten+och+reformen+i+det+strategiska+regeringsprogrammet+2015-2019%2C+uppdatering+2016/7c47d6f4-7d76-46ad-b311-ff6bacd60aa1> den 12 04 2017
- Sundell, L. (2014). *Työkaverina pelko. Väikivaltariskien ennakointi ja hallinta*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Suomi.fi. (den 06 06 2015). *Närståendevård*. Hämtat från Suomi.fi: [https://www.suomi.fi/suomifi/svenska/tjansteguiden/tjansteguide\\_for\\_de\\_aldre/mitt\\_boende/hemmaboende/narstaendevard/index.html](https://www.suomi.fi/suomifi/svenska/tjansteguiden/tjansteguide_for_de_aldre/mitt_boende/hemmaboende/narstaendevard/index.html) den 10 2 2017
- Syron, M., & Shelley, E. (2001). The needs of informal carers: a proposed assessment tool for use by public health nurses. *Journal of Nursing Management*, 31-38.
- Tanskanen, J., & Anttila, T. (2016). A Prospective Study of Social Isolation, Loneliness and Mortality in Finland. *American journal in public health*, 106(11), 2042-2048.
- Tenk. (den 14 11 2012). *Forskningsetiska delegationen*. Hämtat från Tenk: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- The World Cafe Foundation. (2015). *A Quick reference guide for hosting world cafe*. Hämtat från <http://www.theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/Cafe-To-Go-Revised.pdf>
- Tikkanen, U. (2016). *Omaishoidon arki: tutkimus hoivan sidoksista*. Helsinki: Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos.
- Toljamo, M., Perälä, M.-L., & Laukkala, H. (2012). Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25, 330-340.
- Tompkins, M. A. (2013). *Anxiety and Avoidance. A Universal Treatment for Anxiety, Panic and Fear*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Tonttila, J. (2015). *Työpolitiikan palvelurakennearviointi: "Asiakaslähtöisempää ja tuloksellisempaa palvelua"*. Helsinki: Työ ja elinkeinoministeriö.
- Trevithick, P. (2008). *Socialt arbete Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsingfors: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tveiten, S., & Knutsen, I. (2010). Empowering dialogues – the patients' perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(2), ss. 333-340.
- Uusitalo-Malmivaara, L. e. (2014). *Positiivinen psykologia*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2011). Pitkäaikaistytöiden työllistyminen ja syrjäytymisen riski Tuloksellisuustarkastuskertomus 229/2011. Helsingfors: Edita Prima Oy.
- Verbeek, H., Meyer, G., Challis, D., Zabalegui, A., Soto, M. E., Saks, K., . . . Hamers, J. P. (2015). Inter-country exploration of factors associated with admission to long-term institutional dementia care: evidence from the RightTimePlaceCare study. *Journal of Advanced Nursing*, 1338-1350.
- Wester, A., Larsson, L., Olofsson, L., & Pennbrandt, S. (2013). Caregivers' experiences of caring for an elderly next of kin in Sweden. *Vård i Norden*, 110(33), 28-32.
- Yle . (2017). 79 000 män utanför arbetslivet- en tredjedel helt utan inkomster. Hämtat från <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/02/16/79-000-man-utanfor-arbetslivet-en-tredjedel-helt-utan-inkomster> den 17 2 2017
- Åhls, A., Burell, G., & Westerling, R. (2012). Care or Not Care- that is the Question: Predictors of Healthcare Utilisation in Relation to Employment Status. *International Society of Behavioral Medicine*, 19(1), 29-38.

## Finlands författningssamling

Lag om närståendevård 2.12.2005/937. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 06.02.2017]

### Figurförteckning

Figur 1. Negativa faktorer för långtidsarbetslösa. ....	29
Figur 2. Resurser för långtidsarbetslösa. ....	29
Figur 3. Negativa faktorer för närståendevårdare. ....	30
Figur 4. Resurser för närståendevårdare. ....	31

### Tabellförteckning

Tabell 1. Resultat för målgrupperna. ....	32
---	----



<b>Databas</b>	<b>Sökterm</b>	<b>Avgränsningar</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Använda källor</b>	<b>Datum</b>
EBSCO	Advocacy AND nursing	Full text	375	1	09.01.2017
EBSCO	Need* AND informal car* AND enviro*	2009-2017 Full text	16	1	01.02.2017
EBSCO	Unemployment* AND benefits	2012-2017 Full text English language Academic journals	138	1	03.02.2017
EBSCO	Unemployment* AND finland*	2011-2017 Full text Academic journals	8	1	03.02.2017
EBSCO	Family caregiver* AND caring* AND dementia*	2010-2017 Full text Peer Reviewed English language Geographic Subset: Continental Europe	10	2	05.02.2017
EBSCO	Informal caregiver* AND life* AND experiences	2010-2017 Full text Peer Reviewed English language Geographic Subset: Continental Europe	12	1	05.02.2017



EBSCO	Family caregiver* AND spouse*	2010-2016 Peer Reviewed Full text English language Geographic Subset: Continental Europe Age groups: Aged: 65+ years	6	1	06.02.2017
EBSCO	Family caregivers* AND Finland*	2010-2016 Full text Peer Reviewed English language Geographic Subset: Continental Europe	1	1	06.02.2017
EBSCO	Risk factors* AND unemployment*t	2011-2017 Full text English language	13	2	06.02.2017
EBSCO	Caregivers* AND Elderly*	2010-2016 Full text Peer Reviewed English language Geographic Subset: Continental Europe	10	1	07.02.2017
EBSCO	Informal caregiver* AND Health care* AND Support	2010-2016 Full text Peer Reviewed English language Geographic Subset: Europe	25	1	07.02.2017
EBSCO	Informal car* AND dimens* AND quality of life	Full text	6	2	11.02.2017

EBSCO	Needs of informal car* AND nurse* AND asse*	2001-2017 Full text	10	1	11.02.2017
EBSCO	Family caregiver* AND risk* AND dementia*	2010-2017 Full text Peer Reviewed English language Geographic Subset: Continental Europe	24	3	12.02.2017
EBSCO	Risk AND  Informal car* AND nurs*	2010-2017 Full text Advanced nursing practice Research article	4	1	16.02.2017
CINAHL	Long-term unemployed* OR risk or treats* AND finland*	2011-2017, Full text English language Academic journals	42	1	01.3.2017
EBSCO	Unemploy* OR menace* OR treath	2015-2017 Full text Peer reviewed Academic Journals Europe	521	3	01.3.2017
EBSCO	advocacy OR unemploy*	2013-2017 Full text Peer reviewed Academic Journals Europe	34	2	02.03.2017
EBSCO	Patient empowering in nursing AND encounter	Full Text	2	1	17.03.2017

EBSCO	Patient empowering AND nursing	Full Text	5	1	17.03.2017
EBSCO	Unemployed AND positive psychology AND wellbeing	Full text 2010-2017 English language	1	1	17.03.2017
CINAHL	Positive psychology NOT hiv AND illness	Full text, 2010-2017	23	1	19.03.2017
EBSCO	Empowerment* AND Nurse* AND Patient*	2010-2017 Full text Peer reviewed, English language Geographic: Europe Subject, major heading: Nurse- patient relations	14	1	19.03.2017
EBSCO	Empowerment* AND Patient*	2010-2017 Full text Peer reviewed English language Geographic: Continental Europe Subject, major heading: Empowerment	18	1	19.03.2017
EBSCO	Positive psychology AND intervention	2010-2017 Full text Peer Reviewed Academic Journals Therapeutic use	6	1	20.03.2017
EBSCO	Empowerment AND Caregiver	2010-2017 Full text Peer Reviewed Academic Journals	42	2	20.03.2017

EBSCO	Empowerment* AND Caregiver*	2010-2017 Full text Peer Reviewed English language Geographic: Europe	12	1	20.03.2017
EBSCO	Positive psychology* AND Patient*	2010-2017 Full text Peer Reviewed English language	8	1	20.03.2017

	RÄDSLOR	RISKER	HOT	FÖRETRÄDARSKAP
<b>Ekonomi:</b>	Ekonomin ansträngd, materiella problem.	Socioekonomisk status, stöd dras in, kan eller vill inte ta emot arbete.	Social status, utan pengar o inkomst, utanför arb.skyddet, marginalisering.	Handledning.
<b>Sociala problem:</b>	Rädsla, hopplöshet, kan inte hantera situationen.	Hälsoproblem, otrygghet, inget socialt nätverk, dödlighet, marginalisering, isolering.	Socialt nätverk och stöd saknas, skam, social isolering.	Mångprofessionellt nätverksarbete, stöd och handledning, identifiera och stöda individer som riskerar marginalisering.
<b>Hälsa:</b>	Sämre hälsa, utveckla och insjukna i mentala problem, självdestruktivitet.	Missbruk, rökning, stress, upplevelse av dålig hälsa, självdestruktivitet. Inte råd att sköta hälsan eller äta hälsosamt.	Mentala problem, sämre välmående, riskfylld alkohol-konsumtion, självdestruktivitet.	Identifiera, informera, förebygga, observera behov av vård och stöd, symptom och förändringar i hälsan.
<b>Livskontroll:</b>	Inte handskas med situationen.	Utanför sociala aktiviteter, dålig struktur på dagen, ingen förtrogen, bor ensam, nedsatt förmåga att påverka sitt liv.	Ingen mening med livet, isolering, stigma, marginalisering.	Hitta sårbara personer, handleda till delaktighet och bättre struktur på vardag. Mångprofessionellt nätverksarbete.
<b>Splittrad offentlig sektor:</b>	Inte råd att söka hjälp.	Hälsan försämras, sårbarhet.	Sjukdomar och problem ökar, maktlöshet.	Stöd och vård, handledning.
<b>Behov och resurser möts ej:</b>	Vet inte vart vända sig.	Får inte rätt stöd och vård.	Ingen arbetsförmåga eller motivation till arbete.	Lågtröskelplatser, stöd och handledning, mångprofessionellt nätverksarbete.

	RÄDSLOR	RISKER	HOT	FÖRETRÄDARSKAP
<b>Sociala problem:</b>	Förlora sitt förra sociala umgänge, tappa kontakten med sitt sociala nätverk, ofrivillig ensamhet.	Utanförskap, övergivenhet, ensamhet, maktbalansen förvrängs, överbelastning, bristande stöd av familjen.	Isolering, tomhet.	Stöd till självhjälp och delaktighet.
<b>Hälsa:</b>	Rädsla att inte kunna ta hand om sig själv, trötthet, ångest över vårdtagarens hälsa, skuld känslor över att man inte orkar slutföra sin uppgift betungar mentalt, olyckor.	Depression, ångest, utmattning, mentalt välmående försämrats till följd av dålig ekonomisk situation, hälsan påverkas negativt, stress.	Stress, psykisk belastning. Känna sig fångad i sin roll - ett hot mot vårdarens hälsotillstånd, hälsans sårbarhet, depression, utmattning, egna sjukdomar.	Evaluering av tillståndet.
<b>Ekonomi:</b>	Kommande ekonomiska svårigheter.	Låg livskvalitet.	Låg livskvalitet.	Handledning.
<b>Livskontroll:</b>	Bli sjuk och inte kunna vårda sin partner, brist på frihet - hur orka bära ansvaret ensam? Rädslor över att dela ansvaret, hjälplöshet, maktlöshet, livsrummet krymper.	Överbelastning, sämre möjlighet att kontrollera sitt liv, livet bygger på scheman.	Osäkerhet.	Individuellt anpassade stödtjänster, hjälp att övervinna hinder för att uppnå livsmål.
<b>Splittrad offentlig sektor:</b>	Rädsla inför att söka hjälp.	Inte alls söka hjälp.	Insjukna och inte hinna få professionell hjälp i tid.	Koordinering.
<b>Behov och resurser möts ej:</b>	Bli sjuk och inte få hjälp.	Inte få hjälp vid rätt tidpunkt.	Bli osynlig för samhället.	Skräddarsydda tjänster.

# Voimanpesä



Produkten är skapad av:

Mona Elander, Stefanie Hundeshagen,  
Carina Järf-Ringbom och Linda Öfverström

*Utbildning till socionom & sjukskötare*

**Mitt stödnätverk:**

**Viktiga personer för mig:** sätt dig själv i mitten och dina viktiga personer runt dig

**Mitt motto:**

**Ett ordspråk som ger mig kraft:**

**Ett talesätt jag har med mig sedan länge tillbaka:**



## **Mina styrkor:**

**Det här är jag bra på:**

**Gamla styrkor:**

**Nästan glömda styrkor:**

**Nya styrkor:**

**Egenskaper som varit till nytta i livet:**

**Dolda talanger:**

**En svår situation som jag löste:**

**Det här vill jag bli bättre på:**

**Bästa stunderna:** 

**Sådana som varit:**

**Sådana jag nästan glömt:**

**Bästa stunderna idag:**

**Livets små glädjeämnen:**

**Dagens glädjeämne:**

**Jag väntar på att:**

**Det här är bra just nu:**

Det här får mig att må bra:

Så här sköter jag om mig:

**Så nöjd är jag just nu med livet:** 😊

Ringa in siffran som beskriver hur nöjd du är:

1= inte alls nöjd, 10 = väldigt nöjd

1- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Jag ringade in den siffran för att:

Så här skulle jag vilja ha det:

**Det här skulle jag önska att andra gör:**

**Det här kunde jag göra själv:**

### **Mål:**

**Var befinner jag mig nu i förhållande till målet: Ringa in rätt alternativ:** 1 = långt ifrån målet, 10 = vid målet.

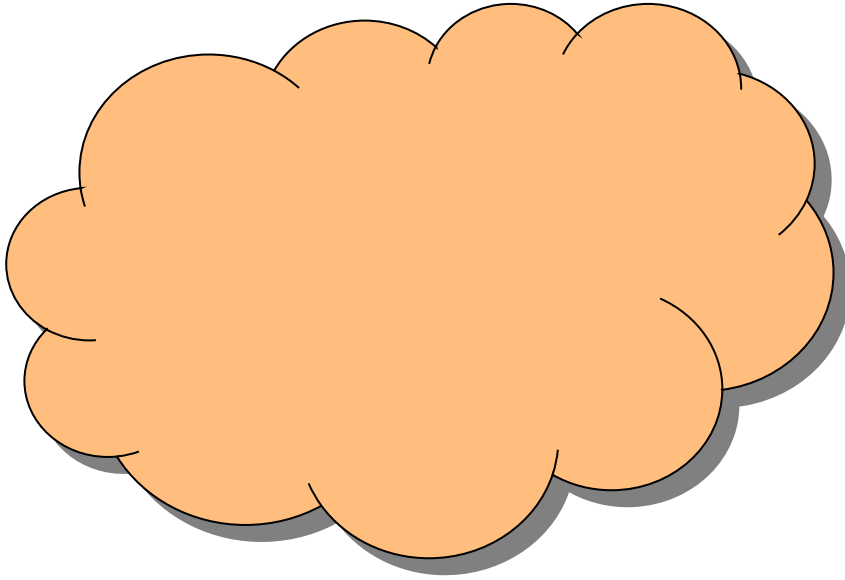
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Jag ringade in den siffran för att:**

**Nästa steg mot målet kunde vara att:**

## I den bästa av världar:

**Min dröm är att:**



**Här får jag stöd idag:****Vad?****Kontaktuppgifter:**

---

---

---

---

---

---

**Det här stödet saknar jag:****Vad?****Kontaktuppgifter:**

---

---

---

---

---

---

# Voimanpesä



Tekijät:

Mona Elander, Stefanie Hundeshagen,

Carina Järf-Ringbom och Linda Öfverström

*Koulutusohjelma: sosionomi & sairaanhoitaja*

## **Tukiverkostoni**



**Tältä näyttää tukiverkostoni:**

**Sijoita itsesi keskelle ja verkosto ympärillesi.**

## **Mottoni**

**Sananparsi, joka antaa minulle voimaa:**

**Sanonta, joka on kulkenut mukani kauan:**



## **Vahvuuteni**



**Tässä olen hyvä:**

**Vanhat vahvuudet:**

**Melkein unohdetut:**

**Uudet vahvuudet:**

**Ominaisuudet, joista on ollut hyötyä elämässäni:**

**Piilevät kykyni:**

**Haasteellinen tilanne, jonka ratkaisin:**

**Tässä haluan kehittyä paremmaksi:**

## **Tähtihetkiä – rakkaimmat muistoni**

★ **Menneet:**

★ **Melkein unohdetut:**

★ **Nykyiset:**

## **Elämän pienet ilot**

**Päivän piristys:**

**Tätä odotan:**

**Tämä on hyvin nyt:**

**Tämä saa minut voimaan hyvin:**

**Näin pidän huolta itsestäni:**

**Näin tyytyväinen olen elämääni nyt:**

**Ympyröi numero, joka kuvastaa tämänhetkistä tilannetta:**

1= ei lainkaan tyytyväinen, 10 = todella tyytyväinen

1- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Valitsin tämän numeron, koska:**

**Näin toivoisin asioiden olevan:**

**Näin toivoisin muiden toimivan:**

**Tämän voisin tehdä itse:**

## **Tavoite:**

**Nykytilanne suhteessa tavoitteeseen:**

**Ympyröi sopiva numero**

1 = kaukana tavoitteesta 10 = tavoite saavutettu

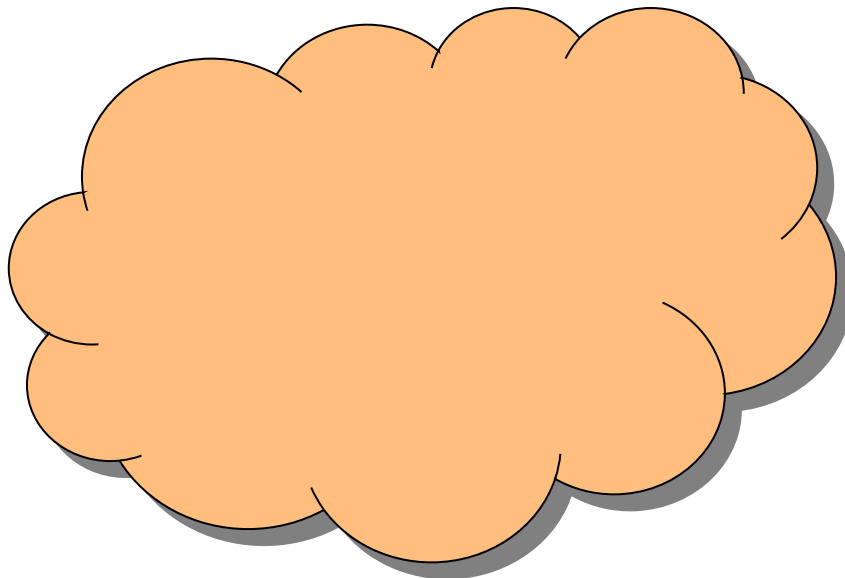
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Valitsin tämän numeron, koska:**

**Seuraava askel voisi olla:**

## **Unelmatilanne**

**Toiveeni on:**



**Käytettävissä oleva tukiverkosto:****Millainen asia:****Yhteystiedot:**

---

---

---

---

---

**Tällaista tukea tarvitsen lisäksi:****Millainen asia:****Yhteystiedot:**

---

---

---

---

---



## Voimanpesä – handboken



### Voimanpesä – handledningsunderlag för det resursstärkande samtalet

Utgående från vår teori- och dataanalys har vi kommit fram till att målgrupperna har liknande utmaningar sina olika livssituationer till trots. Behov och tjänster möts inte och därför har vi utvecklat ett handledningsunderlag för det resursförstärkande samtalet. Det är ett samtal som kartlägger styrkor, resurser och nätverk som individen har. Det stärker också individen att inventera de goda sidorna i livet, det föder positiva känslor som kan ge upphov till nya positiva saker och ger samtidigt företrädaren en bättre bild av individens livssituation. Företrädaren är en professionell inom social- och hälsovården eller inom ett annat likartat område. Vi vill stöda individerna till empowerment genom att använda resursstärkande metoder som kan ge upphov till bättre välmående.

För att kunna ge en adekvat service måste företrädaren ha rätt information och en god helhetsbild av individen och dennes livssituation. Mötet mellan företrädare och individ ska vara ett möte mellan jämlika individer. Bemötandet bör vara förberett, genomtänkt och gott. Det bör finnas ett ömsesidigt förtroende som bara kan växa fram om ett antal goda möten ägt rum. Företrädarens roll ska vara coachande och individen är den bästa experten på sitt liv. (Tonttila, 2015, s.34-35).

Fokus bör ligga på det som är positivt eftersom positiva känslor förbättrar uppmärksamheten, kognitionen och det kreativa tänkandet, vilket är viktigt då individen står inför motgångar. Positiva känslor triggar positiva spiraler, en positiv sak i individens liv kan ge upphov till nästa och så är den goda spiralen ett faktum. Det att man finner det positiva i sitt liv medför ett större välmående och bättre hälsa. (Fredrickson, 2002, s.172).

### **Handledningssituationen**

Det ska understrykas att mötestiden är vikt för individen. Detta kan betonas genom att sätta lapp på dörren, stör ej! för här pågår viktigt samtal. Telefonen ska sättas på ljudlöst, företrädaren ska ägna individen sin fulla uppmärksamhet. Bra om de två inte sitter mitt emot varandra, utan i 90 graders vinkel i förhållande till varandra vid ett bord där de kan fästa uppmärksamheten på pappret/häftet som det ska spånas kring och fyllas i. Företrädaren måste uthärda tystnad, det kan behövas rejält med utrymme för individen att fundera och formulera sig. Vid samtalets slut ska det stå klart hur man går vidare, insats, vem gör, vad görs och när nästa träff blir. Det är att rekommendera att häftet används under flera träffar, så att individen hinner processa sina tankar och känslor, som stiger till ytan under processens gång.

Det måste finnas en uppföljning – det här är bra nu, det här vill jag förändra, hur ska det gå till och vem/vad kan stöda, vad kan jag göra själv, hur långt har jag kommit i det jag ville förändra. Läget följs upp och företrädaren kan kolla vad som gått framåt, vad som behöver stärkas/stödas.

### **När handledningsunderlaget ska användas**

Bäst vore om företrädare och individ kunde träffas åtminstone några gånger innan handledningsunderlaget används. Detta för att handledningen ska ske under ett så stort förtroende som möjligt. Med tanke på individen borde samtalet ändå äga rum i ett tidigt skede, för att företrädaren så snabbt som möjligt kan lära känna individen och dennes behov för att tillräckligt tidigt kunna sätta in rätt resurser.

### **Lyssna och ställ adekvata följdfrågor**

Det är ytterst viktigt att företrädaren bemödar sig om att lyssna noggrant, det måste finnas en vilja att uppfatta de svaga signaler som kan snappas upp i det som individen



berättar muntligt och utan ord. Då man lyssnar uppmärksamt kan man också uppfatta när det är läge att följa upp en viktig tråd som individen låter en skymta. Till exempel när individen ska rita sig själv i mitten och sina viktiga personer runt omkring sig, kan företrädaren be individen berätta varför någon person är längre bort än en annan, varför just den personen står individen närmast och så vidare. När individen och företrädaren funderar kring skalorna för tillfredsställelse med livet kan man diskutera kring orsakerna till att individen ringade in just den siffran. Vad är bra nu, vad kunde vara annorlunda, vad kunde göras för att få förändringen till stånd?

### **Handledningsalternativ**

Förutom ett möte mellan företrädare och individ kan man tänka sig en diskussion mellan två individer i en smågruppssituation. Beroende på sammansättningen, individens läge och mötets tidpunkt i processen kan frågorna varieras. Därför finns ett urval frågor med under respektive rubrik och företrädaren kan begrunda vilka andra stärkande frågor som kunde ställas beroende på samtalets eventuella stickspår. Skalorna kan göras på nytt i uppföljande syfte – man kan t.ex. kolla hur nöjd individen är efter den tidigare träffen, hur insatserna har fungerat. Man kan också tänka sig att individen funderar kring frågorna på egen hand före mötet med företrädaren och diskussionen på mötet utgår från det ifyllda handledningsunderlaget.

### **Praktiska tips**

Voimanpesä kan printas ut som ett häfte. Om individen har läs- och skrivsvårigheter kan företrädaren ändra fonten till OpenDyslexic (googla) vilket gör texten mer lättläst.

### **Etiska frågor**

Ett etiskt förhållningssätt bör iakttas så att de frågor som ställs är relevanta för syftet med samtalet och samtalets innehåll och produkt stannar mellan företrädaren och individen. Individen och individens bästa ska vara i centrum. Företrädaren bör vara ärlig, finkänslig och förstående. Samtalets syfte bör också presenteras uttömmande för individen före samtalet äger rum. Företrädaren bör kontinuerligt uppdatera sin yrkeskunskap och kunskap om andra tillbudsstående stödmöjligheter för individen.

De första frågepunkterna tar upp individens egna styrkor, nätverk, instanser och personer som stöder individen. De följande punkterna målar upp en bild av individens vardag, glädjeämnen och vad som upplevs som positivt nu. De tre sista punkterna behandlar hur nöjd individen är med nuläget, vad som kunde förbättras och vilket målet och stödet för att uppnå det kunde vara.

**Frågor företrädaren/individen kan ställa:**

**\* Mitt stödnätverk:**

Viktiga personer för mig: sätt dig själv i mitten och dina viktiga personer runt dig:

**\* Mitt motto:**

Ett ordspråk som ger mig kraft:

Ett talesätt jag har med mig sedan länge tillbaka:

**\* Mina styrkor:**

Det här är jag bra på:

Mina gamla/nästan glömda styrkor/nya styrkor

Egenskaper som varit till nytta i livet:

Dolda talanger:

En svår situation som jag löste:

Det här vill jag bli bättre på:

**\* Bästa stunderna:**

Sådana som varit:

Sådana jag nästan glömt:

**\* Bästa stunderna idag:**

**\* Livets små glädjeämnen:**

Dagens glädjeämne:

Jag väntar på att:

**\* Det här är bra just nu:**

Det här får mig att må bra:

Så här sköter jag om mig:

**\* Så nöjd är jag just nu med livet:**

1 = inte alls nöjd, 10 = väldigt nöjd

**1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10**

Jag ringade in den siffran för att:

Så här skulle jag vilja ha det:

Det här skulle jag önska att andra gör:

Det här kunde jag göra själv:

**\* Mål:**

Var befinner jag mig nu i förhållande till målet:

**1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10**

Jag ringade in den siffran för att:

Nästa steg mot målet kunde vara att:

**\* I den bästa av världar:**

Min dröm är att:

**\* Här får jag stöd idag:**

**\*Det här stödet saknar jag ännu:**

## Voimanpesän käsikirja



### **Voimanpesä – ohjausmateriaali voimavaroja vahvistavaan keskusteluun**

Teoreettinen ja empiirinen aineistomme osoitti, että vaikka kohderyhmien elämäntilanteet eroavat toisistaan, on heillä samantyyppisiä haasteita elämässään. Tarpeet ja palvelut eivät kohtaa ja tästä syystä olemme kehittäneet ohjausmateriaalin voimavaroja vahvistavan keskustelun pohjaksi. Keskustelun aikana kartoitetaan yksilön vahvuuksia, resursseja ja tukiverkkoa. Tämä myös tukee yksilöä huomaamaan elämänsä hyvät puolet ja synnyttää positiivisia tunteita, jotka puolestaan voivat johtaa uusiin positiivisiin asioihin. Samalla edunvalvoja saa paremman kuvan yksilön elämäntilanteesta. Edunvalvojalla tarkoitetaan tässä yhteydessä sosiaali- ja terveystalouden tai vastaavan muun alan ammattilaista. Haluamme auttaa yksilöitä voimaantumisen voimavaroja vahvistavalla metodilla. Päämääränä on hyvinvoinnin lisääminen.

Jotta edunvalvoja voi antaa oikeanlaista apua, on hänellä oltava oikeat tiedot ja kattava kokonaiskuva henkilön tilanteesta. Yksilön ja edunvalvojan tapaaminen on tasavertainen. Kohtaaminen on valmisteltava huolellisesti ja harkitusti. Molempinpuoliseen luottamukseen on pyrittävä ja se voi toteutua vain, jos pohjalla on tarpeeksi onnistuneita kohtaamisia. Jokainen on oman elämänsä asiantuntija; edunvalvojan rooli on valmentava.

Painopisteen on oltava positiivissa asioissa, sillä positiiviset tunteet parantavat huomiokykyä, kognitiota ja luovaa ajattelua, mikä on erityisen tärkeää jos yksilöllä on

ollut vastoinikäymisiä. Positiiviset tunteet synnyttävät positiivisuuden kierteen. Yksi pienikin positiivinen asia elämässä ja sen huomaaminen voi johtaa seuraavaan ja pian hyvän ketjureaktio on syttynyt. Kun löytää positiiviset puolet elämästään se johtaa enenevään hyvinvointiin ja edistää terveyttä. (Fredrickson, 2002, s.172).

### **Ohjaustilanne**

Keskustelu-aika on omistettu vain keskustelukumppanille. Tätä voi korostaa esimerkiksi laittamalla *Ei saa häiritä, tärkeä keskustelu menossa*-lapun oveen. Puhelimen pitäisi olla äänettömällä ja edunvalvojan tulee antaa koko huomionsa keskustelukumppanilleen. Paras istumajärjestely on 90 asteen kulmassa, ei suoraan vastakkain. Väliin pitäisi saada mahtumaan myös pöytä, jotta täytettävälle papereille/vihkoselle on tilaa. Edunvalvojan on pyrittävä olemaan mahdollisimman taka-alalla, sillä yksilö voi tarvita paljon aikaa ja tilaa pohdintaan ja asiansa muotoiluun. Keskustelun lopussa pitäisi olla selvillä, kuinka asiassa edetään, mitä tehdään, kuka tekee ja milloin seuraava tapaaminen on. Suositeltavaa on että vihkosta käytetään usean tapaamisen aikana jotta yksilö ehtisi myös prosessoida tunteita ja ajatuksia, jotka nousevat esille työskentelyssä.

Seuranta tarvitaan tilanteen tasalla pysymiseksi. Tilanne voi elää esimerkiksi kohdissa *tämä on hyvin nyt, tämän haluan muuttaa, kuinka se on mahdollista toteuttaa ja kuka/mikä tässä voi olla tukena, mitä voin tehdä itse* ja samalla voi päivittää, kuinka pitkälle muutostavoite on toteutunut. Edunvalvoja voi auttaa toteamaan, mikä on mennyt eteenpäin ja mitä pitäisi vahvistaa tai tukea.

### **Milloin ohjausmateriaalia käytetään**

Parhaassa tapauksessa edunvalvoja ja yksilö voisivat tavata ainakin muutaman kerran ennen kuin ohjausmateriaalia käytetään, jotta luottamus olisi jo syntynyt. Keskustelun pitäisi yksilön edun vuoksi tapahtua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta edunvalvoja oppii tuntemaan yksilön ja hänen tarpeensa ja oikeat resurssit voisi ottaa käyttöön.

### **Kuuntele ja esitä relevantteja jatkokysymyksiä**

On erittäin tärkeää, että edunvalvoja kuuntelee tarkasti. Tiedostettuna pyrkimyksenä on saada kiinni pienistä nonverbaalisista ja sanallisista vihjeistä, joita yksilö paljastaa.

Esimerkiksi tukiverkoston hahmottelemisessa voi edunvalvoja kysyä, miksi joku henkilö on lähempänä kuin toinen ja niin edelleen. Kun yksilö ja edunvalvoja pohtivat tyytyväisyys elämään-asteikkoa voi keskustella syistä siihen, miksi juuri kyseinen numero valikoitui. Mikä on hyvin nyt, mikä voisi olla toisin ja mitä voisi tehdä, jotta asiat muuttuisivat?

### **Ohjausvaihtoehtoja**

Keskustelu voi olla paitsi kahdenkeskeinen myös pienryhmätilanne. Kysymykset voivat vaihdella riippuen keskustelijoiden kokoonpanosta, yksilön tilanteesta ja siitä, mihin prosessin vaiheeseen tapaaminen sijoittuu. Tästä syystä eri otsikoiden alle on ryhmitelty kysymysvaihtoehtoja ja edunvalvoja voi päätellä, mitä muita vahvistavia kysymyksiä voisi esittää keskustelun polveilusta riippuen. Numeroasteikkokysymykset voi uusia seurantatarkoituksessa, esim. kuinka tyytyväinen yksilö on aiemman tapaamisen jälkeen ja kuinka satsaus on onnistunut. Voidaan myös sopia, että yksilö voi pohtia kysymyksiä ennen tapaamista ja valmiiksi täytetty vihkonen toimii keskustelun pohjana.

### **Käytännön vinkkejä**

Voimanpesä-vihkosen voi tulostaa suoraan tulostinasetuksista valitsemalla vihkon muotoon. Jos keskustelukumppanilla on lukihäiriö voi edunvalvoja vaihtaa fontin ilmaiseen OpenDyslexic-fonttiin, joka tekee tekstistä helpompilukuisempaa. Se löytyy netistä helposti hakukoneella.

### **Eettiset kysymykset**

Eettinen suhtautumistapa on otettava huomioon sillä lailla että esitetyt kysymykset ovat tavoitteenmukaisia ja että keskustelun sisältö ja että se mihin päädytään, pysyy luottamuksellisena. Keskeisintä on yksilö ja yksilön parasta. Edunvalvojan tulee olla rehellinen, hienotunteinen ja ymmärtäväinen. Keskustelun tarkoituksen on oltava selvillä ennen keskustelun aloittamista. Edunvalvojan tulee jatkuvasti päivittää ammattitaitoaan ja tietoaan muista saatavilla olevista tukimahdollisuuksista.

Ensimmäiset kohdat käsittelevät yksilön omia voimavaroja; verkostoja, instituutioita ja henkilöitä, jotka tukevat. Seuraavat kohdat pyrkivät kuvaamaan arkea; asioita jotka ilahduttavat ja jotka nyt koetaan positiivisinä. Viimeiset kolme kohtaa käsittelevät

sitä, kuinka tyytyväinen yksilö on nykytilaan, mitä voisi parantaa ja mikä tavoite voisi olla ja kuinka sen saavuttamista voisi parhaiten tukea.

Kysymyksiä, joita edunvalvoja voi esittää:

Tukiverkostoni: tärkeitä ihmisiä

Sijoita itsesi keskelle ja verkosto ympärillesi.

Mottoni:

Sananparsi, joka antaa minulle voimaa:

Sanonta, joka on kulkenut mukani kauan:

Vahvuuteni:

Tässä olen hyvä:

Vanhat vahvuudet:

Melkein unohdetut:

Uudet vahvuudet:

Ominaisuudet, joista on ollut hyötyä elämässäni:

Piilevät kykyni:

Haasteellinen tilanne, jonka ratkaisin:

Tässä haluan kehittyä paremmaksi:

Tähtihetkiä – rakkaimmat muistoni

Menneet:

Melkein unohdetut:

Nykyiset:

Elämän pienet ilot:



Päivän piristys:

Tätä odotan:

Tämä on hyvin nyt:

Tämä saa minut voimaan hyvin:

Näin pidän huolta itsestäni:

Näin tyytyväinen olen elämääni nyt:

(ympyröi numero, joka kuvastaa tämänhetkistä tilannetta

1= ei lainkaan tyytyväinen, 10 = todella tyytyväinen)

Valitsin tämän numeron, koska:

Näin toivoisin asioiden olevan:

Näin toivoisin muiden toimivan:

Tämän voisin tehdä itse:

Tavoite:

Nykytilanne suhteessa tavoitteeseen:

(Ympyröi sopiva numero, 1 = kaukana tavoitteesta 10 = tavoite saavutettu )

Valitsin tämän numeron, koska:

Seuraava askel voisi olla

Unelmatilanne:

Toiveeni on:

Käytettävissä oleva tukiverkosto:

Tällaista tukea tarvitsen lisäksi:

**Fiskbensmodell****Vid rädsla, risk och hot:****Företrädare inom hälso- och socialvården:**